REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

SECRETARIOS DE REDACCION:

P. Anglas Quintana, León Mejía y J. Voto Bernales C.

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tomo II No. 2

Lima - Perú

1939

Dirección : Revista de Neuro-Psiquiatría, Casilla 1589, Lima, Perú.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquatría y Neurología

Lima — Junio 1939 — T. II. N° 2.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES :

Pág.

J. O. Trelles y P. Anglas Quintana : Mecanismo de la crisis epiléptica espontánea y cardiazólica 163

C. Gutiérrez Noriega y H. Rotondo : Reacciones neurovegetativas en la epilepsia experimental 185

Arturo Jiménez Borja : Historia e iconografía de un esquizofrénico 228

Alejandro Arellano Z. : El líquido céfalo-raquídeo en la altura. Verificación en un caso de enfermedad de Monge 246

NOTICIA DE LIBROS :

A. Austregesilo : **As psiconeuroses** (H. D.) 254.—Barahona Fernandes : **Análise clinica dos sindromas hipercinéticos. Patopsicologia-Fisiopatología** (H. D.) 254.—Ernst Bufe : **Familienpflege Krankensinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik** (H. D.) 255.—Felix Krueger : **Estudios psicológicos** (H. D. 256. — Gilbert Robin : **Précis de neuro-psychiatrie infantile** (H. D.) 256 . . . 254-256

REVISTA DE REVISTAS :

Archives de Psychologie. André Rey : "La destruction progressive du cortex cérébral chez le rat et ses effects immédiates" (C. G. N.) 258.—**Ensayos y Estudios.** Tomás Carreras y Artau : "De

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los moralistas españoles. A propósito de la filosofía de los valores y la caracterología" (H. D.) 259. — **Forschungen und Fortschritte.** Rudolf Fick: "Inwieweit ist die Frage der «Vererbung erworbener Eigenschaften» entschieden?" (H. D.) 260. —**International Journal of Psycho-Analysis.** Sigmund Freud: "If Moses was an Egyptian..." (C. G. N.) 262. — **Journal of Mental Science.** W. Stephenson: "Methodological consideration of Jung's Typology" (C. G. N.) 263.—**Journal de Physiologie et de Pathologie Générale.** Armand de Gramont: La perception des couleurs" (C. G. N.) 264.—**Ospedale Psichiatrico.** V. M. Buscaino y S. Platania: "Vaccinoterapia «specifica» nell'amenza e nella demenza precoce" (C. G. N.) 265.—**Psychoanalitic Review.** Sandor Lorand: "Perverse tendencies and fantasies: their influence on personality". Melitta Schmideberg: "The role of suggestion in analytic therapy" (C. G. N.) 266.— **Rassegna di studi psichiatrici.** Mario de Mennato: "Osservazioni cliniche su duecento minori internati nel riformatorio giudizario di Nisida" (León Mejía) 267.— **Rivista di Psicologia.** Mario F. Canella: "Orientamenti della moderna Biologia" (H. D.) 267.—**Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale.** Aldo Bertolani: "La terapia convulsivante della schizofrenia per mezzo dei sali di ammonio" 268. —Antonio Maza: "Tentativi di cura della schizofrenia con cloruro di ammonio" (León Mejía) 269.—**Zeitschrift fuer Ethnologie.** K. Th. Preuss: "Das Irrationale in der Magie" (H. D.) 269 258-269

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL:

Sesión extraordinaria del 23 de Marzo de 1939. Incorporación de los Delegados extranjeros a la IIa. Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas como Miembros Honorarios de la Sociedad.—Isaac Horvitz: "Algunas consideraciones sobre un caso de encefalitis psicótica provocado por shock hipoglicémico prolongado".—Daniel Mackehenie y V. V. Alzamora C.: "Las lesiones anatómicas del sistema nervioso en la enfermedad de Carrión" 271.— Darío Acevedo: Mecanismo del ápnea adrenalínica".—Darío Acevedo y Fernando Montesinos: "Contribución al estudio de la taquifilaxia pituitrínica" 273.— **Sesión del 3 de Mayo de 1939** (Inaugural del año). Discurso de apertura leído por el Presidente de la Sociedad, Doctor Honorio Delgado. 273.—Sergio Bernales y J. Max Arnillas Arana: "Derivaciones jurídicas de un peritaje psiquiátrico".— Luis Pesce: "Tratamiento fisioterápico de al parálisis infantil".—J. O. Trelles y M. Méndez-Parodi: "Un caso de atrofia cerebelosa" 275.— **Sesión del 7 de Junio de 1939.** Juan Voto Vernales y Jorge Lazarte: "Sobre tres casos de espasmo de torsión" 275.—Juan F. Valega: "Efectos neuro-psíquicos del trauma eléctrico".— C. Gutiérrez-Noriega: "Variaciones de la dosis convulsivxante liminar de Cardiazol en los epilépticos" 276.—C. Gutiérrez-Noriega: "El tono neuro-vegetativo determinado por la prueba de la atropina en los esquizofrénicos" 277 271-277

INFORMACION:

Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de Marzo de 1939 278

64a. Reunión de Neurólogos y Psiquiatras del Sur-Oeste de Alemania. Baden-Baden, 3-6 de Junio de 1939 319

Clínica de Neuro-Psiquiatría 324

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquatría y Neurología

Lima Junio 1939 T. II. N° 2.

MECANISMO DE LA CRISIS EPILEPTICA ESPONTANEA Y CARDIAZOLICA

Por **J. O. TRELLES y P. ANGLAS-QUINTANA**

Como se sabe la epilepsia se caracteriza clínicamente por dos órdenes de síntomas. Unos que modifican la personalidad y que se desenvuelven en el plano psicológico: mentalidad epiléptica, fugas, psicosis epilépticas, demencia, etc. y que pertenecen al campo de la psiquiatría. Otros, neurológicos propiamente dichos, constituyen una serie de fenómenos más o menos paroxísticos, de aparición más o menos brusca, de corta duración, con retorno al estado normal: crisis convulsivas, vértigos, ausencias etc. Estos dos órdenes de manifestaciones clínicas de la epilepsia han sido y son extremadamente estudiados, (1) pero es cierto que la atención de los investigadores se dirige casi exclusivamente a penetrar en el complejo problema de las crisis convulsivas que no son sino uno de los aspectos del problema mucho más complicado y mucho más general de la epilepsia, que tiene, como acabamos de recordarlo, una sintomatología psiquiátrica rica.

Es muy fácil obtener convulsiones en el animal, a tal punto que el estudio experimental de la epilepsia parece sencillo. En realidad es muy delicado. La experimentación no puede reproducir sino al-

(1) Es imposible citar la bibliografía ni siquiera aproximativa referente al asunto, pero se encontrará una exposición completa en los siguientes volúmenes: Ph. PAGNIEZ, "L' Epilepsie", (Masson Edit., Paris, 1929; en los relatos a la "XIIa. Reunion Neurologique de Paris", publicados en la "Revue Neurologique", 1932, T. I, pág. 1048; en el volumen VII, of a Series of Research Publications, **Association for Research in Nervous and Mental Disease**, "Epilepsy and the convulsive state", 1931; y en los relatos al II° Congreso Internacional Neurológico de Londres, 1935.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gunas manifestaciones de esta enfermedad. Y aquella que mejor puede provocarse es la crisis epiléptica, es decir, la manifestación más ruidosa del mal comicial, aquella que más se impone a la atención, que sin embargo no es la más característica ni la más patognomónica. Lo que es ante todo epiléptico es la pérdida de la conciencia ya sea ella fugaz y aislada como en la ausencia, ya sea ella la manifestación de principio, ya la última fase de los accidentes más complicados, como el vértigo y la crisis. Luego la pérdida de la conciencia es casi inestudiable experimentalmente. Estas imposibilidades conducen necesariamente a limitar el estudio experimental del mal comicial a la epilepsia convulsiva, cuyas manifestaciones tienen toda la nitidez deseable.

La introducción del método de VON MEDUNA permite, además de sus efectos terapéuticos, estudiar experimentalmente la epilepsia en el hombre, en las condiciones más favorables y creemos que pronto se logrará así nuevas precisiones en este obscuro problema; pues, la crisis convulsiva producida por el cardiazol es análoga, como lo demostraremos en páginas siguientes, a la crisis convulsiva espontánea. Habiendo tenido la oportunidad de analizar crisis cardiazólicas en individuos esquizofrénicos, epilépticos y normales, podemos comprender mejor el mecanismo fisiopatológico de la epilepsia.

De las manifestaciones de la epilepsia contemplamos solamente la crisis convulsiva para estudiar su mecanismo y las condiciones de su producción; es decir, el substratum nervioso de la crisis, o sea el punto de sistema nervioso de donde parte la onda desencadenante. Nada sabemos de las condiciones celulares o dinámicas de la substancia nerviosa en causa, si se trata de fenómenos de excitación o inhibición. Esto constituye verdaderamente el nudo de la cuestión y frente a su naturaleza exacta y su origen profundo, las manifestaciones paroxísticas de la epilepsia, ya sean debidas o nó a un fenómeno de inhibición, ya traduzcan o nó un trastorno circulatorio temporal, ya estén o nó en relación con una perturbación simpática, son meramente efectos. De allí que en materia de epilepsia, antes que el mecanismo inmediato de la crisis se haya considerado las perturbaciones humorales o glandulares que parecen gobernar su desencadenamiento y su reproducción. De donde, las investigaciones en el epiléptico acerca de los constituyentes de la sangre, el equilibrio del líquido céfalo raquídeo, el funcionamiento endócrino, las perturbaciones simpáticas, etc., de todo lo cual se deduce únicamente una profunda inestabilidad biológica del organismo epiléptico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Antes de presentar las diferentes teorías que pretenden explicar este complicado mecanismo y ver cuál es la que más se acerca a la realidad de las manifestaciones principales de las crisis convulsivas espontánea y cardiazólica, creemos conveniente presentar la descripción clásica de la epilepsia esencial y la provocada, valiéndonos para esta última de la observación de más de un millar de ataques estudiados. Veremos que el examen analítico de estas dos clases de epilepsia revela tanta similitud en sus principales rasgos fenomenológicos que la única diferencia ostensible estaría tal vez en su intensidad, siendo en general la cardiazólica más intensa y sus manifestaciones nerviosas más enérgicas e impresionantes.

EL ATAQUE EPILEPTICO ESPONTANEO

El ataque epiléptico espontáneo va generalmente precedido de síntomas premonitores (viscerales, secretorios, sensitivo-sensoriales, circulatorios, motores y psíquicos) de aparición remota o inmediata. Producido este aviso, que generalmente es el mismo para cada individuo, sobreviene más o menos inmediatamente una gran palidez del rostro, el paciente lanza un grito, pierde el conocimiento y cae inerte en cualquier sitio. En seguida comienza la fase tónica con gran congestión de la cara, suspensión de la respiración, apertura de la boca seguida de trismus más o menos potente en el que generalmente se muerde la lengua. Previa una rápida flexión de los miembros inferiores y superiores con rotación del cuerpo a uno de los costados, extiende al máximum sus miembros inferiores mientras que los superiores no siempre adoptan esta misma posición, sino que unas veces se mantiene en flexión formando ángulos rectos a nivel de las articulaciones húmero-cubital y radio-carpiana; del mismo modo, los dedos de la mano están unos más que otros flexionados. Con la cara desviada, los ojos fijos, las pupilas midriásicas, el abdómen tenso, pasa a la fase clónica, caracterizada por numerosas convulsiones rítmicas y generalizadas. Las pupilas se dilatan al máximum, una reacción pilomotora se manifiesta con más o menos intensidad en la piel. En esta fase se observa la expulsión de abundante saliva, la aparición de sudor profuso, micción involuntaria, más raramente eyaculación y excepcionalmente gatismo fecal, las convulsiones se van espaciando hasta desaparecer completamente.

Terminada la crisis el paciente presenta una palidez intensa, los ojos desviados, el pulso frecuente y un estado de sueño del que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sale al cabo de tiempo variable sin recordar absolutamente nada de lo ocurrido.

Tal la descripción clásica de una crisis epiléptica espontánea de mediana intensidad.

EL ATAQUE CARDIAZOLICO

En más de mil ataques hemos podido precisar los siguientes datos principales; durante el intervalo, tiempo que media entre el instante en que se concluye la inyección hasta el instante en que aparece el ataque epiléptico, y aún desde el momento mismo de la

Fig. 1. Oculo-cefalogiria lateral izquierda marcada. Contractura tónica de los dedos, trismus.

Fig. 2. Contractura en hiperflexión de los dedos y de la muñeca. Retracción del mamelón y reflejo pilomotor.

inyección, algunos pacientes experimentan una disnea marcada caracterizada por inspiraciones profundas, luego parpadean incesantemente ocluyendo la hendidura palpebral; a continuación o casi simultáneamente una mioclonía facial bilateral aparece junto con una palidez intensa del rostro. En esta fase puede presentarse tos traqueal, seguida de apertura extrema de los ojos con exoftalmía y nistagmus, pero una convulsión rápida y violenta de la cabeza, del tronco y de los brazos y a veces una convulsión generalizada a todo el cuerpo es casi absoluta (fig. 5, pose 1). El grito de terror bastante frecuente abre la escena (fig. 4, poses 2 y 3) : el paciente pierde la conciencia, abre la boca desmesuradamente (la apertura media de la boca es la regla) al mismo tiempo una congestión intensa aparece

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en la cara, en el cuello y en el pecho; el maxilar inferior y la lengua — estática y engrosada — avanzan hacia adelante en acentuada propulsión; la cabeza es tirada fuertemente hacia atrás al instante que se produce una flexión rápida y enérgica de los miembros superiores e inferiores (fig. 3 y fig. 5, pose 2) seguida de extensión (fig. 5, pose 3 y 4) máxima de los mismos; en este instante se escucha a veces crepitación articular. La retracción de los gemelos y del tendón de Aquiles coloca en ángulo obtuso el pie y la pierna y los dedos en garra; las extremidades superiores, de ordinario, paralelamente extendidas un poco por encima del nivel del cuerpo, uno de los antebrazos, a veces, queda en flexión formando un ángulo recto con el

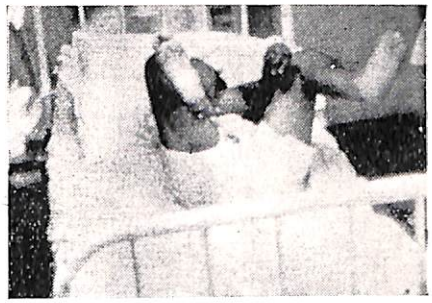


Fig. 3. Comienzo de la fase tónica: "flexión rápida y enérgica de los miembros superiores e inferiores".

brazo (fig. 1); los dedos de las manos están flexionados en la primera falange, ligeramente en la segunda y nada en la tercera. A menudo hemos visto el pulgar presionado entre las primeras falanges del índice y del cordial. Al mismo tiempo que la extensión de los miembros, la boca se cierra enérgicamente produciéndose así el trismus maxilar (fig. 2 y 4) con aplanamiento tenso del abdomen por retracción de los músculos abdominales. La pupila bruscamente se torna midriásica. Una extraordinaria manifestación pilomotora, carne de gallina, comienza en estos instantes para intensificarse después y durar hasta las 2/3 partes de la fase siguiente o clónica. Esta es la fase de las contracturas tónicas que dura alrededor de 20".

A continuación aparece la fase clónica. El rostro de fuertemente congestionado se vuelve cianótico, más ostensiblemente en los labios y la lengua. El paciente que hasta entonces tenía sus músculos rígidos y contracturados con ligera suspensión de los miembros

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

inferiores por flexión pelviana, pierde un tanto esta rigidez y las piernas caen a la cama animadas de fuertes convulsiones clónicas, rítmicas y simétricas que afectan a todo el cuerpo (fig. 5, pose 4). La midriásis que se había iniciado en la fase anterior se completa al

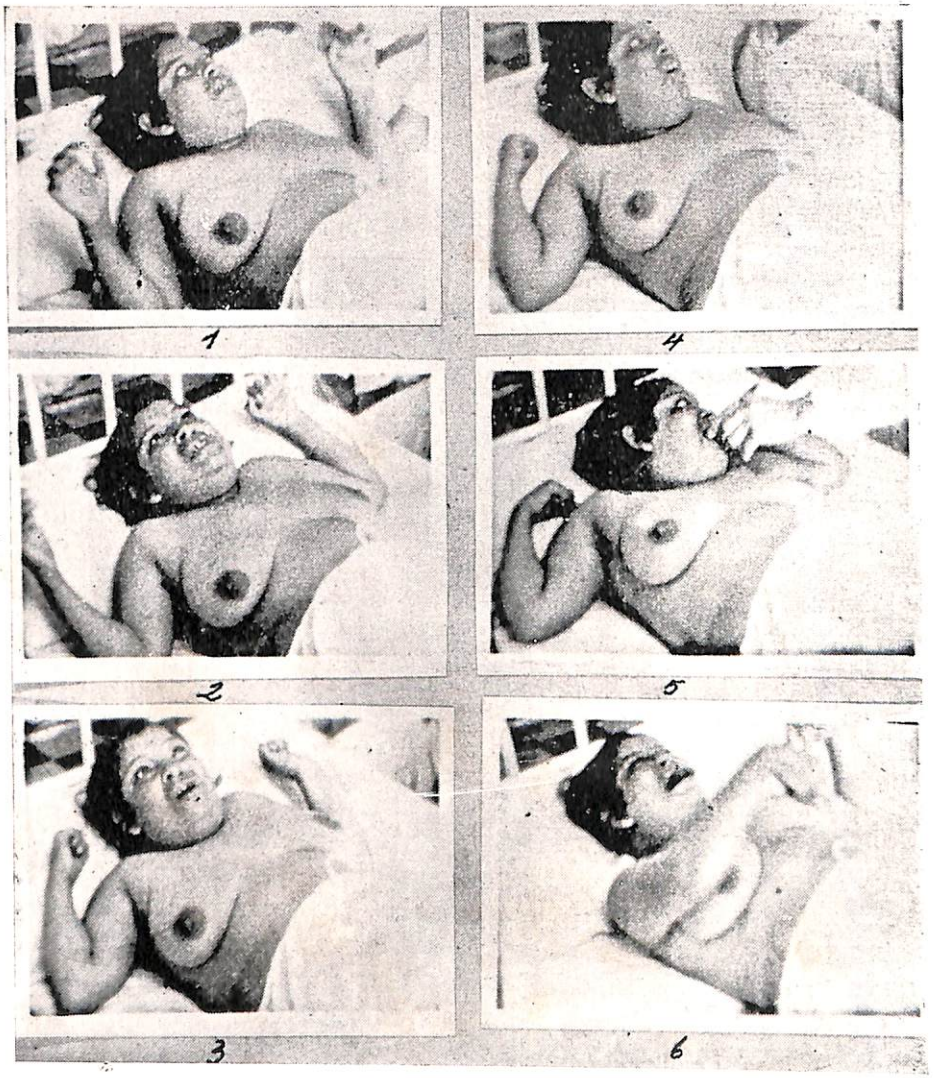


Fig. 4. Comienzo del ataque cardiazólico: en 1, el intervalo libre después de la inyección, se inicia oculogiria derecha; en 2, el terror; en 3, el grito y la flexión de los dedos; en 4, oculogiria y apertura de la boca; en 5, se introduce a la boca un tapón protector, en 6, la fase tónica con la hiperflexión de la muñeca, el trismus.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

máximum, dura hasta después del ataque o a veces termina conjuntamente; la reacción pilomotora se acentúa sobre todo en el pecho, en el cuello, el antebrazo, abdomen y muslo. Al mismo tiempo se observa una retracción del escroto y del pene con elevación del pubis

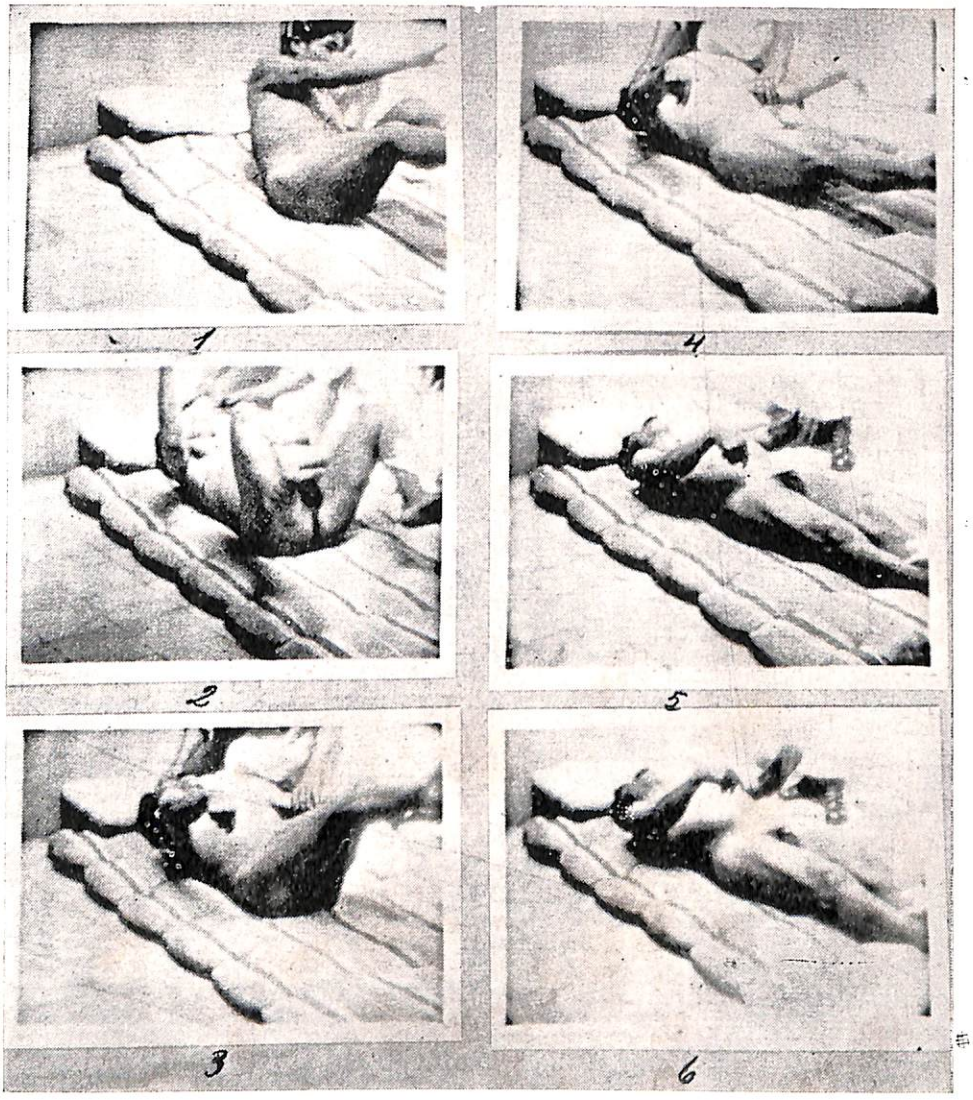


Fig. 5. En 1, después del grito de terror el paciente intenta incorporarse; en 2, "flexión rápida y enérgica de los 4 miembros, a la cual sucede la extensión máxima de los mismos" (3 y 4)—En 5, fase terminal, notar erección mediana del pene, que es seguida (en 6) de eyaculación.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

produciéndose a veces una posición manifiestamente opistótona. Ya casi al final de esta fase clónica que dura 30" o 40", se observa muy raras veces una erección mediana del pene; si, frecuente eyaculación seminal que a veces hemos visto producirse todavía con las últimas convulsiones clónicas (fig. 5, pose 5) en poca proporción gatismo urinario que unas veces se produce terminado completamente el ataque, estando el paciente en la fase crepuscular; gatismo fe-

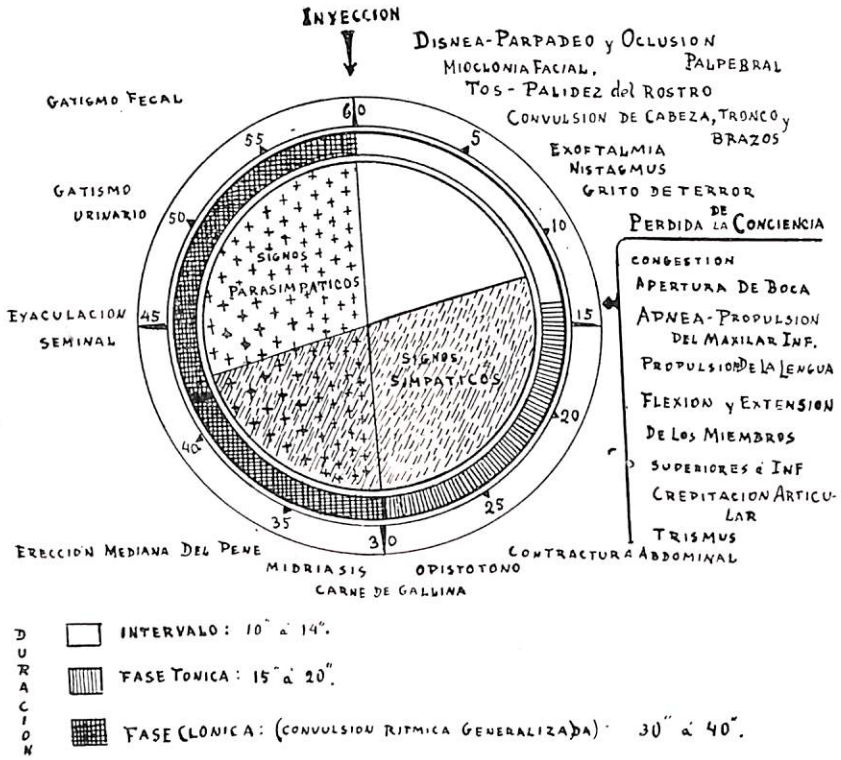


Fig. 6. Recorrido episódico en segundos de una crisis cardiazólica: onda de manifestaciones somáticas y onda vegetativa simpático-parasimpática (Inspirado en el esquema de S. R. Dean).

cal, más raro aún. La sialorrea y la diaforesis presentes en elevado porcentaje completan este cuadro, intensificándose o apareciendo esta última, al final de esta fase o en el inmediato postataque. Las convulsiones clónicas cesan paulatinamente haciéndose cada vez más largas y espaciadas hasta que se alejan completamente. El paciente en este momento, ordinariamente, inicia una respiración entrecortada y esterterosa con propulsión de abundante saliva por la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

boca, pero a veces su respiración no aparece, se anula y queda en apnea. (En este caso se practica la respiración artificial, ayudada, si fuera necesario, de estimulantes respiratorios).

Terminado el ataque que dura 50" a 59" (fig. 6) la contractura muscular persiste enérgicamente durante 1 ó 2 minutos, circunstancia que impide el examen de los reflejos tendinosos. En este momento la palidez del rostro es intensísima, los párpados están cerrados, los globos oculares desviados; nuevas convulsiones generalizadas a todo el cuerpo, semejantes a las que se observan al iniciarse el ataque, aparecen a veces; pasada la contractura general, o 5 minutos después del ataque y más raramente a los 10 minutos, aparecen los signos de Babinski en extensión con bastante frecuencia; los de Chaddock, Schafer y Oppenheim raramente. A medida que estos reflejos patológicos se van extinguiendo se ven aparecer los reflejos normales cutáneos, periostiotendineos, pupilares; ya desde los 5 minutos después del ataque empiezan a bosquejarse, a los 10 son moderados y a los 15 adquieren su valor normal. La temperatura se eleva muy frecuentemente aunque solamente en algunos décimos de grado, circunstancia que hemos podido observar aún en soldados sanos y sospechosos epilépticos en el Hospital Militar de San Bartolomé. El pulso se torna débil, hipotenso, rítmico, casi siempre taquicárdico, 130 pulsaciones, raramente más. La presión arterial igualmente se eleva, aun después de una fase de "actitud anterior" de intensa excitación nerviosa.

Todos estos caracteres del postataque se observan dentro de los primeros 5 minutos, estando el paciente en estado de inconsciencia absoluta y en somnolencia, en que a veces succiona el tampon o perdura el trismus. Transcurrido este lapso, ya permanece en estado de somnolencia que unas veces termina en sueño profundo, ya empieza una intranquilidad y desasosiego intentando incorporarse y tosiendo de vez en cuando en medio de un estado crepuscular, ya el despertar le impresiona terroríficamente, mira exoftálmico y con asombro, tornándose entonces incontenible, ya, finalmente, una euforia de embriaguez típica anima al paciente. Todos estos caracteres del postataque se normalizan a los 10 ó 15 minutos, salvo esa intranquilidad y desasosiego penosos y terroríficos que dura, a veces, horas hasta todo un día, caso en que es necesario acudir al uso de sedantes. La conciencia se aclara lentamente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

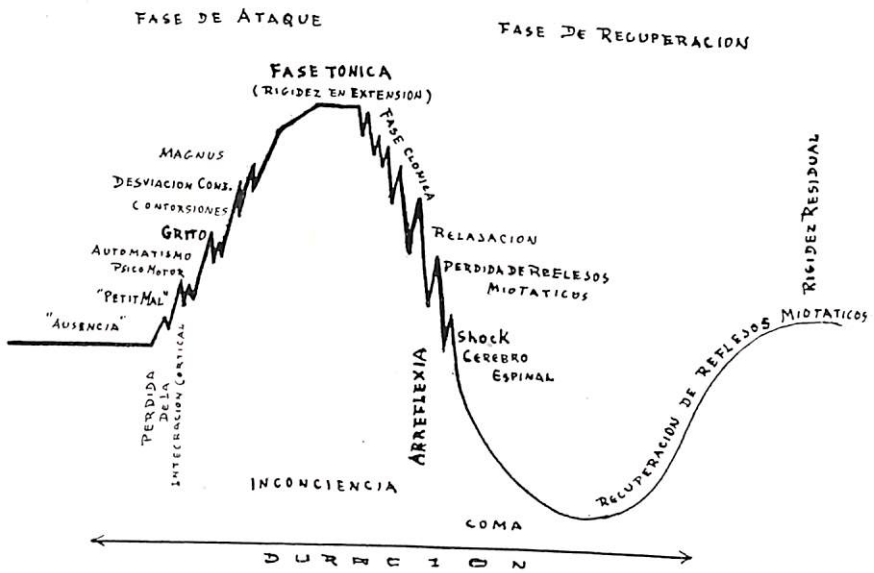


Fig. 7. Esquema de la onda de fenómenos somáticos durante la crisis espontánea, según Yakovlev. Anotar su correspondencia con la onda vegetativa.

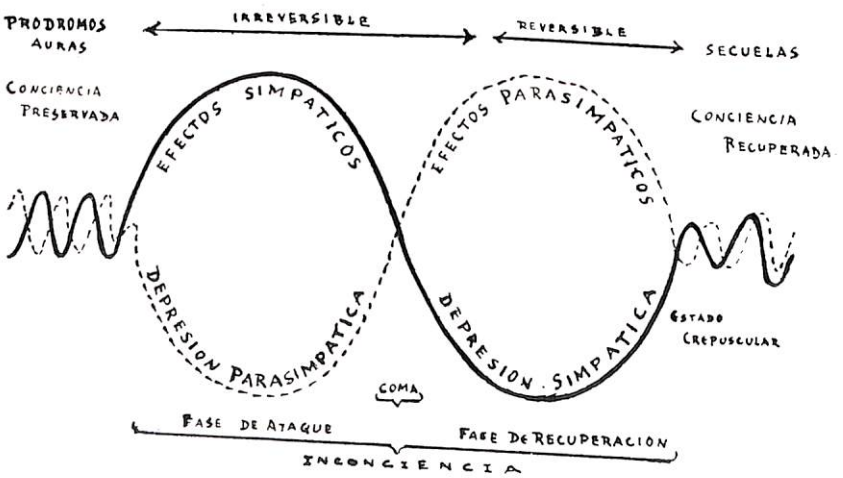


Fig. 8. Esquema simplicado de Yakovlev, la onda vegetativa simpático-parasimpática en la crisis espontánea. Comparar con la onda vegetativa en la crisis cardiazólica: identidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTUDIO ANALITICO DE AMBAS CRISIS

De la observación atenta de este conjunto de fenómenos nerviosos que se desarrollan tanto en el ataque epiléptico espontáneo como en el producido por el cardiazol, casi podemos asegurar que sus caracteres son tan semejantes que el cuadro fenomenológico de uno y otro se puede superponer. En efecto, si analizamos minuciosamente uno y otro ataque vemos que se producen en el mismo órden cronológico, diferenciándose solamente en su intensidad, dos clases de manifestaciones nerviosas: somáticas y vegetativas. Las primeras están representadas (fig. 7) por la pérdida de la conciencia, trismus, las contracturas tónicas y clónicas de los músculos estriados, abolición de los reflejos tendíneos, aparición de reflejos patológicos (signo de Babinski, Chaddock, etc.) Las segundas, por una doble onda vegetativa simpático-parasimpática, anfotónica empezando casi conjuntamente el ataque (palidez, congestión); luego un predominio del sistema simpático representado por la exoftalmía, la midriásis, el reflejo pilomotor, la retracción genital, la taquicardia y la elevación de la presión arterial, desarrollándose en pleno ataque para continuar algunas de sus manifestaciones aún después de concluído el ataque, imbricándose con las de su antagónico el parasimpático (fig. 8) cuya manifestación preponderante empieza a su vez, al final de la crisis justamente cuando la onda simpática empieza a declinar. La congestión de la cara, el cuello y el pecho al principio del ataque, ya nos habla de la intervención del parasimpático, pero su acción principal sobreviene al final, con la erección mediana del pene, la eyaculación seminal, el gatismo urinario, la sialorrea y la liaforesis.

Estas dos clases de manifestaciones somáticas y vegetativas se desarrollan simultáneamente siguiendo el mismo orden cronológico tanto en la crisis espontánea como en la cardiazólica. Las diferencias que se puede encontrar entre una y otra residen, pues, únicamente en la intensidad más o menos grande que algunas de ellas alcanzan ya en la crisis espontánea ya en la cardiazólica. Muchos autores, basándose en la primera impresión que se desprende del aspecto tal vez distinto entre una crisis y otra, sostienen que la espontánea es completamente diferente de la cardiazólica; en realidad si se analizan cuidadosamente los fenómenos, como acabamos de hacerlo, es fácil llegar a la conclusión de que no hay una diferencia esencial entre una y otra. Mas aún, que ambas son absolu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tamente idénticas y por ende deben tener el mismo mecanismo fisiopatológico.

Pero debemos reconocer que es cierto que la crisis cardiazólica tiene manifestaciones más dramáticas y más intensas que la espontánea, sobre todo en lo que se refiere a los síntomas vegetativos. Aquí la onda simpático-parasimpática (fig. 9) adquiere una exaltación extraordinaria que le da verdaderamente caracteres experimentales; las manifestaciones tónicas de la musculatura estriada son muchísimo más marcadas que las clónicas. Por otra parte en la crisis

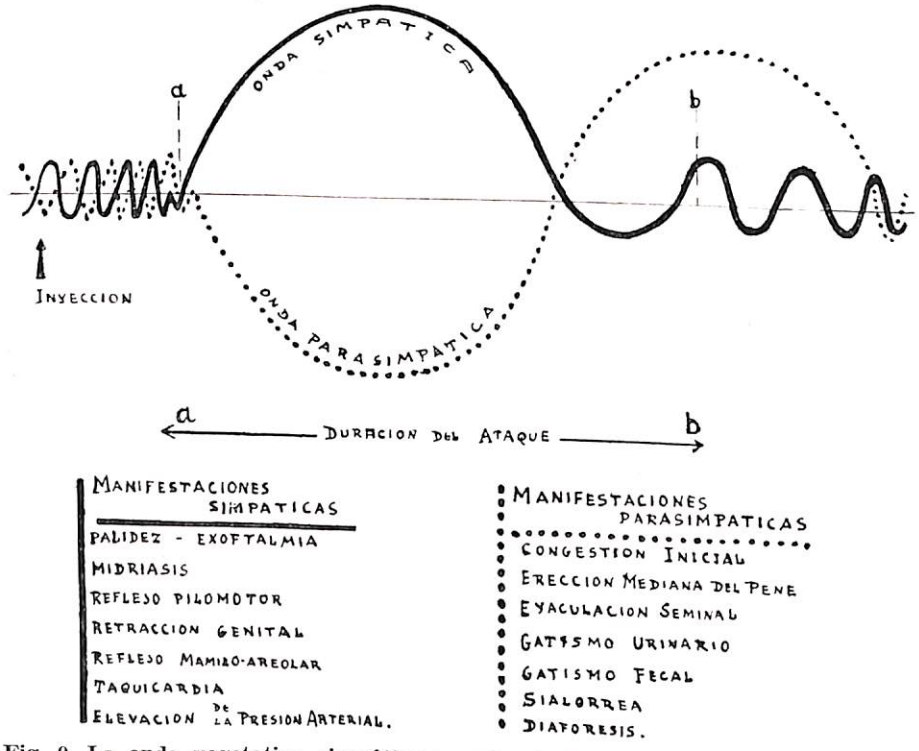


Fig. 9. La onda vegetativa simpático-parasimpática en la crisis cardiazólica, establecida después de observación de un millar de ataques.

epiléptica espontánea las manifestaciones de la vida somática son más marcadas que las vegetativas; las convulsiones clónicas predominan sobre las tónicas; aquí los desórdenes de la esfera psíquica son más ostensibles que en las crisis cardiazólicas; en fin, y esto va de si, aquí existen las manifestaciones psíquicas premonitorias de la crisis o aquellas que la siguen, sobre las que no insistimos por juzgarlas demasiado conocidas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sin entrar en el dominio clínico de la epilepsia podemos, sin embargo, recordar que mientras la crisis cardiazólica se desenvuelve según un determinismo riguroso y siempre el mismo cualquiera que sea el paciente, de tal modo que una crisis se parece siempre a otra ya sea que se desencadene en persona normal, esquizofrénica, epiléptica, etc., no sucede lo mismo con la epilepsia espontánea, la que toma una serie de tipos clínicos: epilepsia parcial, epilepsia generalizada, epilepsia estriada, epilepsia diencefálica, etc., según los casos. Para la analogía que acabamos de hacer nos hemos referido a la epilepsia generalizada, dicha esencial. Sobre este punto, del que volveremos a ocuparnos más adelante, podemos decir que la epilepsia estriada y la diencefálica, en la que predominan las manifestaciones tónicas y vegetativas, se parece todavía más a la crisis cardiazólica.

EL PROBLEMA FISIOPATOLOGICO

Las innumerables investigaciones hechas en este terreno, muestran que el fondo del problema puede reducirse, de una manera esquemática, en la coexistencia de dos factores que permiten, comprender la patogenia de la epilepsia. Estos dos factores coexisten, perfectamente imbricados, en proporciones variables, generalmente en sentido inverso. Uno es el factor local, nervioso, que constituye el substratum anatómico de la epilepsia que no hay que confundir con el substratum nervioso de la crisis misma. El otro factor, de orden general, humoral, está constituído por una serie de cambios en el medio interno del sujeto que actúan sobre el factor local, lesional. Así se comprende perfectamente que en unos casos predomine el factor local, siendo el humoral mínimum, como sucede en la epilepsia de origen traumático; mientras que en otros casos el factor local, nervioso, es mínimum y el factor humoral es preponderante, casi exclusivo, tal sucede en las epilepsias llamadas tóxicas, como la alcohólica, la parasitaria, etc. Por otra parte, la coexistencia de estos dos factores explica perfectamente que la epilepsia sobrevenga por accidentes paroxísticos con grandes intervalos libres, pues, se considera que el factor humoral se conduce al igual que un condensador eléctrico que va cargándose poco a poco hasta llegar a un nivel dado, en que se produce la descarga; en la epilepsia habría, pues, una intoxicación progresiva del medio interno que no actuaría sino cuando alcanza cierto nivel. Es así que algunos auto-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

res consideran la crisis como un mecanismo de protección biofiláctica, gracias al cual el organismo se defiende de vez en cuando contra una intoxicación crónica. Es necesario admitir la presencia de estos dos factores puesto que no se comprendería la enfermedad con solamente uno de ellos, como vamos a exponerlo en un resumen muy breve de las diferentes adquisiciones hechas.

En primer lugar, se ha llegado a demostrar la existencia de fenómenos circulatorios encefálicos que preceden y acompañan la crisis epiléptica; o una estasia o una anemia. Los hechos han demostrado que esta última, al menos en gran número de casos, era cierta. Si bien este trastorno vascular no basta por sí sólo para provocar la crisis y que en cierto número de casos está en relación más o menos inmediata con lesiones locales, la vasoconstricción ha sido constatada por los neuro-cirujanos a nivel de la corteza y de los vasos de la pía-madre. A estas observaciones directas se añaden las constataciones indirectas: espasmo de los vasos retinianos durante la crisis o espasmo retiniano como equivalente epiléptico. De esta manera la teoría del espasmo vascular, propuesta por JACKSON y por GOWERS ha sido confirmada ampliamente. Contrariamente a esto, otros autores han encontrado una vaso-dilatación cerebral; luego, el espasmo vascular no es absolutamente constante en todas las crisis, o el espasmo va seguido de vaso-dilatación o tal vez esta misma alternancia sea directamente la epileptógena. En efecto, se han obtenido convulsiones tónicas y clónicas pinzando los vasos carotídeos y restableciendo bruscamente la circulación después de cierto tiempo de detención. Indudablemente, pues, existe otro factor especial que dá un valor epileptógeno a estas modificaciones vasculares, ya que en los síncopes o en el momento de las bruscas obliteraciones de los vasos cerebrales por embolias no se presentan los accidentes convulsivos. No toda anemia cerebral produce convulsiones. Basándose en esta hipótesis de los trastornos vasculares se han realizado numerosas intervenciones sobre el simpático y recientemente LAUWERS ha propuesto la destrucción del ganglio carotídeo con el fín de obtener vaso-dilatación durable, sin haberse obtenido resultados concordantes.

El desencadenamiento de los accidentes epilépticos y especialmente de la crisis, parece estar, pues, bajo la dependencia de trastornos circulatorios, que se manifiestan ante todo bajo la forma de espasmos vasculares. Estos fenómenos están comandados en su aparición por causas hasta hoy desconocidas, cuya naturaleza se ha

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

procurado descubrir por medio de investigaciones diferentes, ya sean humorales, valor cualitativo del líquido céfalo-raquídeo, trastornos endócrinos, procesos anafilácticos, etc. La cuestión está en saber cómo actúan estos trastornos. KINNIER WILSON escribía al respecto que el abismo entre lo vascular y lo nervioso es tan infranqueable como el que hay entre lo físico y lo psíquico.

En cuanto al factor anatómico, hay que diferenciar bien el substrato anatómico de la epilepsia, variable, que falta en algunos casos totalmente como en la epilepsia parasitaria de PAGNIEZ y en la cardiazólica, del substrato nervioso de la crisis, es decir los dispositivos nerviosos puestos en juego durante la crisis. También cabe hacer una aclaración sobre las formas llamadas epilepsia estriada, extra-piramidal, diencefálica, etc. Se entiende en estos casos que la zona epileptógena está en el cuerpo estriado o en el diencéfalo y que la crisis reviste por ese hecho ciertas características, no quiere decir absolutamente que la epilepsia resulte en esos casos exclusivamente de la activación del cuerpo estriado o del diencéfalo. Cualesquiera que sea la zona epileptógena: cortical, estriada o diencefálica, se produce a ese nivel una onda que recorre todo el neuro-eje. Tampoco la epilepsia esencial es cortical exclusiva, pues se la observa con igual intensidad en ambos lados de un sujeto hemiplégico por destrucción de la corteza motriz, o como hemos tenido la ocasión de observar, la crisis se desenvuelve en seres humanos desprovistos totalmente de corteza cerebral, tal en un monstruo anencéfalo.

Es costumbre decir que el elemento clónico sería de origen cortical, el tónico infra-cortical; lo anterior viene a demostrar que ambos elementos de la crisis convulsiva, el tónico y el clónico son de origen infra-cortical; es decir, extra-piramidal, y, suponen para su aparición la inhibición de la corteza. FUCHS ya había mostrado que la ablación de la corteza, en las experiencias de epilepsia tóxica, suprimía los fenómenos clónicos puros y dejaba persistir el elemento tónico. Su ablación entraña la transformación de los accidentes clónicos al ajenjo, en accidentes tónicos, (PIKE, ELSBERG, MAC CULLOCH y RIZZOLO); sin embargo, el rol de la corteza no parece ser exclusivo porque esta transformación no es sino temporal y con el tiempo puede volver en estos animales la aptitud a los accidentes clónicos, (PIKE y ELSBERG, MUNCIE y SCHENEIDER, POLLOCK). Tal vez algunas lesiones experimentales de la base tengan una acción epileptógena especial. Las investigaciones de MOR-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GAN tienden a establecerlo. Según estas experiencias habría que admitir un centro epileptógeno diencefálico.

A los trabajos de CLAUDE y LEJONNE en 1910 se remonta la iniciativa de combinar una lesión nerviosa y la epilepsia tóxica. Mostraron que los perros preparados con una inyección de solución de cloruro de zinc debajo de la dura madre presentan varios meses después de esta lesión, una susceptibilidad especial, a tal punto que reaccionan por crisis epilépticas a la inyección de una dosis de estricnina inofensiva para los animales normales. Las cosas suceden como si la zona herida fuera un punto vulnerable, una especie de locus minoris resistentiae. Una serie de investigaciones posteriores ha confirmado ampliamente estas primeras observaciones.

De esto se deduce que las lesiones nerviosas rebajan el nivel del desencadenamiento de las convulsiones y producirían la epilepsia por un mecanismo de totalización análogo al que se observa en clínica en los antiguos heridos del cráneo, quienes presentan crisis convulsivas si se entregan a excesos alcohólicos. En la epilepsia esencial puede intervenir un mecanismo semejante, en virtud de una acción tóxica por determinar.

Según K. ORZECHOWSKI, (1) la concepción de la localización de la excitabilidad epileptógena se ha modificado en el sentido de que esta zona epileptógena no se limita solamente al cerebro mismo, sino que se extiende a las fibras y a los plexos nerviosos de los vasos de la pía madre y del cerebro. De este modo amplía la acción del agente irritativo admitido por FOERSTER, a las células y a las fibras nerviosas de los vasos y sobre todo a aquellas de las arterias de la pía madre que son de buen calibre. Considera también como causa desencadenante o accidental de la crisis, todas las substancias químicas patológicas que se propagan por la vía hematógena o linfática hacia los plexos nerviosos de los vasos; pero admite que estas substancias tóxicas actúan sobre las células y las fibras nerviosas de los vasos por intermedio del líquido céfalo-raquídeo que rodea los vasos. El substratum anatómico de la epilepsia, en donde actuaría el agente irritativo, sería, pues, el conjunto: meninge blanda y sus anexos, nervios vasomotores y vasos. La epilepsia así considerada sería una angio-neuropatía de los vasos de la pía madre y del cerebro. Según esto la llamada epilepsia esencial tendría explicación; la causa del proceso se localizaría en las meninges. Las

(1) Relato al II Congreso Internacional de Neurología. Londres, 1935.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

observaciones frecuentes en neuro-cirugía que señalan estasias locales de líquido céfalo-raquídeo a partir de la meninge blanda, la eficacia de una terapéutica que modifique la composición química del líquido, una reducción de su cantidad por deshidratación del organismo o por simple punción lumbar, confirma la hipótesis precitada. Según el autor la epilepsia esencial resultaría de un edema trófico generalizado o circunscrito (a la convexidad o a la base) a la meninge blanda y a los vasos intracerebrales.

Si en definitiva la existencia de zonas cerebrales epileptógenas, es decir, sensibles a la acción de los factores humorales desencadenantes, está bien establecida, nada se sabe todavía del mecanismo íntimo gracias al cual el factor humoral determina en cierto grupo de neuronas la descarga convulsivante.

Más aún, el hecho que ese factor general, humoral, sea diverso en los diferentes casos (angio-espasmo, hipertensión céfalo-raquídea, alcalosis, hiperhidratación, disendocrinia, anafilaxia, etc. etc.) hace preguntar si las condiciones etiológicas obran gracias al mismo mecanismo. Sin que se haya demostrado de manera concluyente se cree, sin embargo, que la acción última se reduce a un proceso de naturaleza físico-química que se traduce por cambios en la concentración iónica del medio peri-celular que tienden a aumentar la permeabilidad de la membrana celular, normalmente semipermeable. Este aumento de la permeabilidad de la membrana celular depende de su estructura físico-química y sería, en último análisis, el común denominador de todos los factores etiológicos de la epilepsia; es aumentándola que actuarían ya la vaso-constricción, ya la anoxemia, ya la alcalosis, la hiperhidratación, los disturbios endócrinos. A su vez, es disminuyendo esta permeabilidad de la membrana que actuarían los anti-convulsivantes tal los barbitúricos, el bromuro, etc.

Pero no es todo, si se puede vislumbrar cómo es puesta en acción una zona epileptógena, nada sabemos del modo cómo ésta desencadena la onda convulsivante.

Se han propuesto innumerables teorías para explicar esta eclosión. Entre ellas, las de la excitación y las de la inhibición, sugerida esta última por JACKSON y extendida por HARTENBERG y TRIANTAPHYLLOS. Según esta teoría, el mecanismo íntimo de los accidentes comiciales se debería a un fenómeno de inhibición. Esta inhibición de los centros corticales, producto de una excitación refleja, se traduciría cuando ella es de corta duración, por la ausencia,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con pérdida del conocimiento y con amnesia; si es de mayor duración, ella tendría por expresión el vértigo; si de mayor duración aún y más profunda, entonces conduce a la crisis completa, en la cual los síntomas tónicos y clónicos serían debidos a la suspensión de la acción frenatriz de la corteza sobre los centros motores subcorticales y medulares, de donde el desencadenamiento y su automatismo. Veremos más adelante cómo esta teoría de la inhibición es aplicada en un sentido mucho más amplio, de tal manera que el proceso inhibitorio no estaría circunscrito a la corteza cerebral sino también a los distintos centros inferiores. De esta manera todas las epilepsias extracorticales tendrían explicación.

¿Se trata de una onda de inhibición que recorre los diferentes puntos del neuro-eje produciendo la liberación sucesiva del mismo?, como lo pretenden HARTEMBERG, TRIANTAPHYLLOS, etc. ¿O se trata más bien de una onda irritativa, de excitación?, como se cree más generalmente, desde que HITZIG y FRITSCH demostraron que la excitación de la zona motriz era capaz, con fuertes intensidades, de desencadenar crisis convulsivas. En realidad ambas teorías contienen una parte de verdad y no deben excluirse, pues es difícil reducir un conjunto sintomático tan complejo como el de la epilepsia a un sólo mecanismo fisiopatológico. De toda evidencia en la crisis se ve alternar los fenómenos de excitación con los de inhibición; de la zona epileptógena parece partir una onda que excita ciertos centros cerebrales e inhibe otros, tal la corteza. Así el aura, las convulsiones, los fenómenos vegetativos parecen ligados a una excitación activa y transitoria, mientras que la pérdida de conscencia, la amnesia, la micción involuntaria, etc., están indiscutiblemente ligados a fenómenos de inhibición. De una manera general se puede esquematizar el proceso convulsivo como producido por la inhibición cortical, a la cual sigue la liberación infracortical y la excitación de ciertos puntos del neuro-eje, variables en cada caso.

RAMSAY HUNT, por su parte ha ensayado de plantear estas teorías de la inhibición y de la excitación en términos anatómicos. El admite la existencia de centros éxcitomotores (células de Golgi Tipo I), que sirven a una función éxcitomotora o de eretismo; centros inhibidores (células de Golgi Tipo II), que sirven a una función inhibitoria o kolítica. La epilepsia u otros desórdenes convulsivos puede resultar por lo tanto de un aumento del mecanismo de excitación (células eréticas) o por disminución del mecanismo inhibitorio (células kolíticas). Sin embargo, no hay evidencia anatómi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ca, hasta el tiempo presente, de la existencia de tal mecanismo inhibitorio que la fisiología y la psicología parecen suponer. Una autoridad como SHERRINGTON acepta el hecho de la inhibición, pero no encuentra evidencia de la existencia de células o fibras inhibidoras en el sistema motor voluntario. Según esta teoría una convulsión epiléptica sería la expresión de una disfunción inhibitoria que actuaría sobre la capa granular externa e interna, en donde las células de Golgi Tipo II son muy numerosas y muy condensadas.

El cardiazol considerado junto con la picrotoxina, como un convulsivante bulbar, tiene una acción en realidad más compleja, que ha podido ser estudiada con rigor y detención. Son de mencionar sobre todo las investigaciones de C. GUTIERREZ-NORIEGA que esclarecen muchos puntos y ofrecen ámplias perspectivas neurofisiológicas. Según este autor existen por lo menos dos centros convulsivantes: uno inferior situado en la parte superior del bulbo, cuya excitación por el cardiazol produce convulsiones tónicas; y otro superior, localizado en la parte superior de la protuberancia, cuya excitación por el cardiazol produce convulsiones clónicas; la epilepsia producida por el cardiazol resulta de la integración de un conjunto de procesos motores originados en centros de diferente nivel y por lo menos la que se registra en los animales descerebrados, es un proceso extrapiramidal y corresponde a la categoría de los trastornos amiostáticos de la motilidad. Además a través de estas experiencias conocemos que en los gatos espinales la médula resiste admirablemente a las dosis altas de cardiazol; que en los gatos mielencefálicos hay intensificación de la rigidez de descerebración y de los reflejos tónicos del cuello, a pequeñas dosis; en los gatos metencefálicos las dosis pequeñas intensifican la rigidez de descerebración y los reflejos tónicos del cuello, en cambio las dosis mayores, producen convulsiones tónicas y clónicas; en los mesencefálicos, a dosis moderadas, intensifica los reflejos de rectificación y los movimientos de natación y deambulación, a dosis mayores produce convulsiones tónicas y clónicas seguidas de movimientos de natación. Admite, además, que la epilepsia producida por el cardiazol no depende de la excitación de un solo centro, sino de la reunión de diferentes reacciones parciales que experimentalmente por el método de las secciones del tronco encefálico del gato descerebrado, se ha podido disociar : factor tónico bulbar, factor clónico protuberancial y otro complejo que se traduce por movimientos de natación, de origen peduncular, probablemente por excitación del núcleo rojo; el impulso que produce la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

epilepsia se trasmitiría desde los centros respectivos hasta la neurona motora espinal siguiendo las vías extrapiramidales, de lo que se deduce que aquella es extrapiramidal.

En el hombre la crisis cardiazólica se anuncia siempre por las mioclonías palpebrales, la tos seca, la disnea; es decir, por la activación de centros bulbares y mesencefálicos; luego inmediatamente aparece la anfotonía vegetativa y el terror que traducirían la activación del hipotálamo. El cardiazol actúa directamente sobre estos centros. Experimentalmente HILDEBRANDT ha mostrado que el cardiazol tiene una particular afinidad por esos centros, de allí que se le emplee como substancia despertadora en todos los procesos narcolépticos y en las anestésias porque excita el dispositivo regulador del sueño y de la vigilia que, como se sabe está en el meso-diencéfalo. Se le considera además como antagónico de los barbitúricos que actúan, aunque en sentido inverso, sobre los mismos centros, y se fijan en ellos como lo han puesto en evidencia PICK y MOLITOR entre otros. Es, pues, de suponer que el cardiazol localiza su acción sobre esa región al estado normal. Introducido a dosis alta y bruscamente, activa las neuronas en forma desacostumbrada y violenta dándoles los caracteres de la descarga epileptógena que se desenvuelve con el riguroso determinismo que hemos descrito: mioclonías, disnea, tos, terror, luego se produce la inhibición cortical que se inicia con pérdida de la conciencia y el desencadenamiento de la crisis. No cabe duda que sea este el orden en que actúa el cardiazol, pues además de los argumentos anteriores tenemos el testimonio preciso de los pacientes con inyecciones fallidas; se produce en estos casos después de las mioclonías el estado de terror, de angustia, una chispeante excitación de la retina, a veces una inhibición parcial de la conciencia que se traduce por un estado de obnubilación, de estupor. En este caso se produce una viva estimulación del hipotálamo con todos sus caracteres, pero que no es lo suficientemente intensa para desencadenar la crisis.

Muchos autores suponen que es la vaso-constricción marcada la que desencadena la crisis por un espasmo arterial que sería aquí, como en la epilepsia espontánea, el primun movens y se tendría una analogía más entre una y otra. Así pretende haberlo demostrado HELMUNT KOST en una serie de experiencias delicadas, pues, la administración simultánea al cardiazol de un vaso-dilatador enérgico como el nitrito de amilo impediría la aparición del ataque, y este factor de oposición no se debería a un antagonismo verdadero

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

entre ambas substancias sino solamente a la imposibilidad, en esas condiciones, de que el cardiazol desempeñe su acción vaso-constrictriz. Sin negar la validez de este argumento, pues está apoyada en experimentación en el hombre, y hasta pretende constituir un test de epilepsia, creemos que no es necesario invocar un factor angio-espástico para comprender la crisis cardiazólica; no vemos cómo el angio-espasmo sería localizado solamente al hipotálamo, ni tampoco cómo se explicaría el rigor estereotipado de la sintomatología. Más lógico es suponer la excitación directa de las neuronas, ya que la acción sobre ellas parece definitivamente establecida. No está probablemente lejano el día en que, gracias a una técnica apropiada, se demuestre la fijación del cardiazol en las neuronas hipotalámicas, así como se ha llegado a objetivar los barbitúricos en la misma zona.

En definitiva, la crisis cardiazólica se debe a la acción directa de esta substancia sobre varios centros infra-corticales y principalmente sobre el hipotálamo, que sería en última instancia la zona epileptógena sensible al Cardiazol. De allí parte la onda de inhibición cortical y la activación conjunta de centros motores situados a diferente nivel cuya integración en el animal ha sido precisada por C. GUTIERREZ-NORIEGA. La crisis cardiazólica, cuya sintomatología y mecanismo fisiopatológico no difiere sensiblemente de la espontánea, nos ofrece un excelente medio de estudio y nos permite adentrarnos más en el mecanismo todavía oscuro de la epilepsia. Es un ejemplo típico de epilepsia sin factor local. Cómo en la epilepsia experimental parasitaria no es menester la lesión nerviosa. Pero también aquí puede desempeñar un rol importante la existencia del factor local, pues en este caso, en los pacientes epilépticos, una dosis menor de cardiazol que en el sujeto normal, basta para producir la crisis, de allí que se le haya propuesto como uno de los mejores tests en el despistaje de la epilepsia (1). En otras palabras, el umbral convulsivante es mucho menor en el epiléptico que en el normal.

RESUMEN

Los síntomas observados en la crisis espontánea y en la cardiazólica son idénticos y hasta se desenvuelven siguiendo el mismo

(1). J. O. Trelles y H. Morante-Febres: "La prueba del Cardiazol en el diagnóstico de la epilepsia", **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938, p. 354.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ritmo cronológico. El análisis minucioso de los mismos muestra la coexistencia de signos somáticos que traducen la inhibición de unos centros y la liberación o excitación de otros, y de síntomas vegetativos que se desarrollan siguiendo una onda simpático-parasimpática. Semiológicamente, pues, ambas crisis son análogas y parecen serlo también en su mecanismo y en su esencia. La diferencia aparente señalada entre una y otra crisis reside en el hecho que en la espontánea predominan las manifestaciones somáticas y en especial las psíquicas y clónicas, mientras que en la crisis cardiazólica predominan netamente los fenómenos tónicos y vegetativos, y, reviste en general mayor acuidad y dramaticidad. Las crisis convulsivas se originan por la acción conjunta de dos factores: uno general, variable, de orden humoral, que actúa sobre un factor local, nervioso, donde se desencadena la onda epileptógena que excita, inhibe y libera centros situados a diferentes niveles. La importancia respectiva de esos dos factores es variable según los casos y parece ser inversamente proporcional; en un extremo se sitúan las epilepsias traumáticas en que el factor local predomina, en el otro se sitúan las epilepsias tóxicas en las que el factor humoral, general, es prevalente. La crisis cardiazólica es el mejor ejemplo de las últimas, se produce por acción directa del cardiazol sobre los centros infracorticales y en especial sobre el hipotálamo, que sería en último análisis el punto sensible, epileptógeno.

(Trabajo presentado a la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20.25 de Marzo de 1939.)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REACCIONES NEURO-VEGETATIVAS EN LA EPILEPSIA EXPERIMENTAL.

Por **C. GUTIERREZ-NORIEGA y H. ROTONDO**

INTRODUCCION

Durante el ataque epiléptico se suscitan perturbaciones neurovegetativas que en la clínica y en la patología experimental han sido objeto de renovadas y ámplias investigaciones. En este trabajo, sin embargo, no vamos a examinar este tema, del cual ya se ha dicho bastante, sino otro a él relacionado y que podemos expresar en esta interrogación ¿existe un paroxismo epiléptico estrictamente neurovegetativo?, o en otros términos ¿tienen los centros neurovegetativos, lo mismo que los centros motores de la vida de relación, la propiedad de reaccionar epilepticamente?; y luego, en caso de existir una epilepsia neurovegetativa ¿es independiente de las convulsiones o resulta de ellas?

Nos proponemos sobre todo responder a la primera pregunta con toda la fuerza de argumentos que nos aporta el método experimental aquí desarrollado. La idea de un efecto neurovegetativo detonador la hemos tomado de fortuitas observaciones verificadas estudiando la epilepsia producida por el **cardiazol** * en los perros, pero no ignoramos que el concepto ha sido ya formulado por los clínicos y por los fisiólogos, que la idea de una reacción epiléptica neurovegetativa está patente hasta en ciertas formas frustras de epilepsia, por ejemplo, en el síndrome paroxístico sensorial y equivalentes viscerales de CROUZON y en la epilepsia simpática con manifestaciones viscerales de LANGERON (Gazette des Hopitaux, 1925) y hasta en la taquicardia residual consecutiva al reflejo óculo-cardíaco de ROUBINOVITCH y CHAVANY y de ROUBINOVITCH (Congrés de Luxembourg-

* Expresamos nuestro agradecimiento a la casa Knoll por habernos proporcionado el Cardiazol utilizado en este trabajo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Metz, 1921). Igual concepto entrañan las convulsiones internas de FERE, que no serían sino los asomos primordiales de la carrera convulsiva. En fecha más reciente ha publicado H. BARUK interesantes observaciones sobre epilepsia visceral aislada.

Basta examinar la sintomatología de la epilepsia frustra o larvada para convenir con esta hipótesis. El viejo TROUSSEAU había señalado el angor pectoris cual manifestación vegetativa y parcelar de epilepsia. Tenemos el pulso lento permanente con paroxismos sincopales, la migraina de BUCHANAN, JEAN y PASTEUR-VALLERY-RADOT, la migraina oftálmica de FERE, la amaurosis monocular de SOUQUES y DREYFUS-SEE, los paroxismos amauróticos de WIMMER, los ataques de asma de SALTER, los ataques vagales de GOWERS, las crisis gástricas paroxismales, la incontinencia de orina, etc. En todos estos ejemplos, un disturbio inusitado del sistema neuro-vegetativo constituye la causa del fenómeno y ello mismo nos lleva a reflexionar si los centros orto y parasimpáticos no reaccionan con descargas explosivas de impulsos nerviosos como los supuestos centros convulsivantes, que para nosotros no son sino los centros motores y tónicos ordinarios.

La hipotesis de un centro vegetativo epileptógeno, preconizada por SALMON, de Florencia, tiene alguna relación con el tema aquí tratado. Fundándose en diversas observaciones clínicas y experimentales—de estas últimas principalmente las de DEMOLE y MARINESCO que han visto estallar convulsiones por inyección de ClK en el infundibulum y 3er. ventrículo—plantea la posibilidad de un centro epileptógeno simpático de situación diencefálica. Tiene igual valor la reconocida inestabilidad vago-simpática de los epilépticos (LESIEUR, VERNET, PETZETAKIS, GIRAUD, MUNIER, CLAUDE, TINEL y SANTENOISE, etc.) de la misma suerte que la suscitación de la crisis convulsiva por excitaciones neurovegetativas: de los senos carotídeos (DANIELOPOLU y RADOVICI, MARINESCO y KREINDLER) de la excitación general del simpático (TRACY), por el mismo reflejo óculo-cardíaco, etc., etc.

La clínica, sin embargo, no puede ofrecernos una evidencia del efecto detonador o epileptiforme de los centros vegetativos, a lo sumo cabe sólo simple sospecha. Por este motivo ya en la época en que con gran entusiasmo, después del gran descubrimiento de la excitabilidad cortical de FRITSCH e HITZIG, se iniciaron los estudios de **epilepsia experimental,** hubo gran preocupa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción por caracterizar, junto a la reacción neuromotriz o convulsiva, los disturbios orgánicos o vegetativos. Los más esclarecidos investigadores de entonces — FR. FRANCK y PITRES, CH. RICHET, DANILEWSKI, LUCIANI y TAMBURINI, ALBERTONI, BUBNOFF, LAMY y BRUANDET y otros—han contribuído en este estudio, que ha conducido, al final, a establecer un concepto fundamental—que ahora aquí revisamos con el flamante y perfecto método del cardiazol para el estudio de la epilepsia experimental—formulado por FR. FRANCK, la epilepsia interna, o epilepsia visceral, según la denominación de LAMY y BRUANDET. Más recientemente W. PENFIELD ha introducido la denominación de epilepsia autonómica. Por razones de propia experiencia, que desarrollamos en este trabajo, nos parece mucho más adecuado denominarla epilepsia neurovegetativa, por que es una reacción epiléptica o paroxismal del sistema nervioso de la vida vegetativa, en sus dos grandes y opuestos sectores, por oposición a la epilepsia del sistema motor de la vida de relación, o epilepsia neuromotriz. Para obtener una mejor información de tan preciosa hipótesis hemos verificado los experimentos que exponemos en este relato.

EL METODO

Ante todo se necesitaba un procedimiento que permitiera objetivar en forma incuestionable el fenómeno. El estudio de la epilepsia experimental en perros anestesiados ofrece muy malas condiciones a este propósito. Nos referimos a este punto por que la mayoría de autores que han investigado los efectos neurovegetativos de las substancias convulsivantes, en especial del cardiazol , han empleado principalmente este procedimiento. Citaremos las observaciones, acerca de la acción sobre la presión de este analéptico, de EICHLER e HILDEBRANDT (1926) y las muy recientes de HAURY y GRUBER (1939). Nosotros consideramos que la narcosis deprime los centros vegetativos y frena su efecto detonatriz. Para salvar esta dificultad utilizamos perros catalépticos, habiendo sido producida la catalepsia por el mismo cardiazol * o por la bulbocapnina;

* El Cardiazol produce en perros y gatos, lo mismo que la bulbocapnina, alteraciones catatónicas, de tipo cataléptico principalmente. El estudio de esta cuestión fué desarrollado en nuestro trabajo "El shock cardiazólico y su relación a la catatonía", **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1938, t. XXI, N° 2. Dos investigadores belgas, A. Leroy y P. Clemens, han demostrado el mismo fenómeno en el ratón, "Syndrome catatonique experimental produit par le cardiazol", **Journ. Belge de Neurologie et de Psychiatrie,** 1937, N° 7.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pero en éste caso, aparentemente ideal para el estudio, se producía un fenómeno derivado de las mismas convulsiones, posiblemente, que perturbaba nuestra pesquisa. Entonces recurrimos a las narcosis por curare—si se nos permite esta expresión—que aportaba la inapreciable ventaja, señalada ha mucho tiempo por FRANCOIS FRANCK, de eliminar las perturbadoras convulsiones conservando muy nítidamente la reactividad neurovegetativa. Este ha sido el procedimiento más eficaz siempre que, para asegurar que la reacción estudiada es en verdad epiléptica y no una simple excitación, se haga una curarización incompleta, que permita apreciar débiles contracciones. Tal ha sido, también, un detalle utilizado por los antiguos experimentadores de la epilepsia, principalmente FRANCK. Pero, además, hemos empleado también, por razones que luego detallamos, perros espinales con sección transversa subbulbar, perros descerebrados, perros suprarrenoprivos atropinizados y yohimbinizados, para eliminar la intervención de la descarga adrenalínica, el parasimpático y el ortosimpático respectivamente.

En los experimentos se han verificado los siguientes trazados: presión arterial (método del manómetro de Ludwig), cardiograma (método del corazón in situ con mesa pericárdica), volumen pulmonar (método de Jackson), esplenograma, riñón, (método oncográfico), intestino (método del balón elástico) y vejiga urinaria (método de Jackson). En la mayoría de experimentos—con excepción de los perros descerebrados y anestesiados—se utilizó la respiración artificial. Finalmente, se han verificado algunas observaciones seriadas para averiguar la relación de la dosis y del efecto, y si es posible referir—cuestión esencial en este caso—el fenómeno neurovegetativo a la ley del todo o nada. En el presente estudio cada uno de los diferentes procedimientos utilizados (anestésia, catalépsia, curarización) tiene su importancia y nos aporta una indicación útil al problema. Por ello serán referidos sus resultados en un capítulo aparte. Antes de terminar dedicaremos atención muy especial a un interesante fenómeno, hallazgo de nuestras investigaciones, que a falta de mejor denominación consideramos como s t a t u s e p i l e p t i c u s v a s c u l a r, y que es tal vez, entre todas las observaciones, la que más evidencia nos aporta a la hipótesis de la epilepsia neurovegetativa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

OBSERVACIONES EN PERROS ANESTESIADOS. LA EPILEPSIA DESMEMBRADA.

Cuando inyectamos endovenosamente un convulsivante a un animal anestesiado no es exacto, por lo menos en ciertos casos, que las convulsiones dejen de presentarse. Sobre todo con el cardiazol se obtienen, aún a dosis convulsivantes medianas, (15 a 20 mgrs. por kilo de peso) enérgicas y prolongadas convulsiones clónicas. Pero se observa el hecho curioso, constante en la anestésia

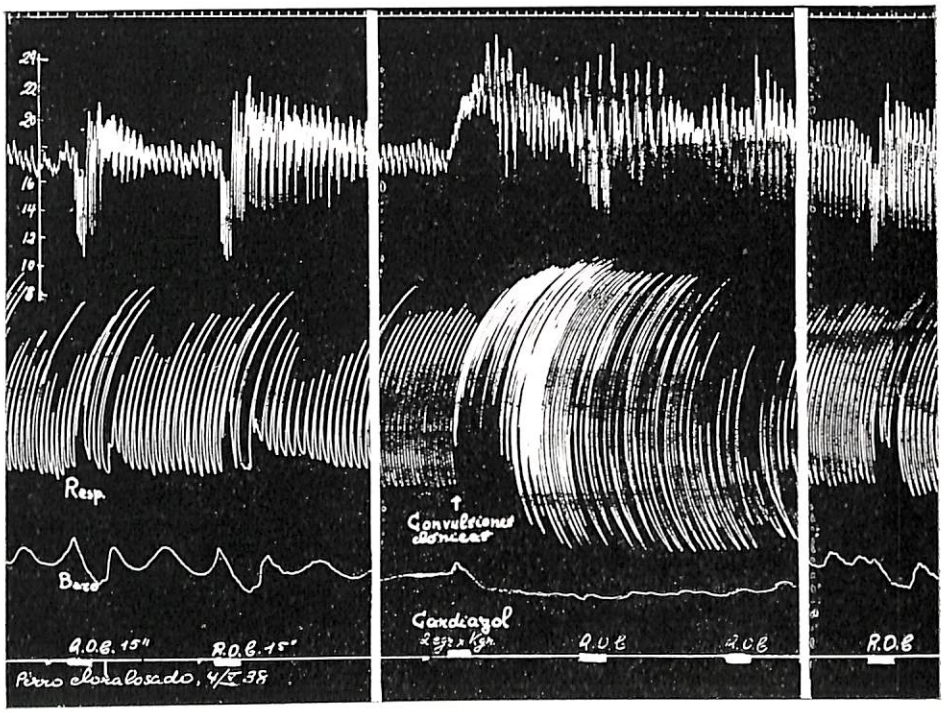


Fig. 1. Perro anestesiado. Trazados de presión arterial, respiración y bazo. Obsérvese la modificación del reflejo óculo-cardiaco después de la crisis convulsiva. Las variaciones de la presión y del volumen esplénico durante las convulsiones son medicores. Señal de tiempo cada 6 segundos.

por cloralosa, de que nunca se presentan convulsiones tónicas ni movimientos de natación como en los perros sin anestésia. En tal caso podemos decir que la reacción epiléptica ha quedado reducida a uno de sus elementos, las convulsiones clónicas. Designamos a este fenómeno con el nombre de e p i l e p s i a d e s m e m b r a d a. En una de nuestras publicaciones anteriores, sobre el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

efecto de la coramina en los gatos descerebrados, hemos dado mayor información sobre este fenómeno.

Mencionamos aquí esta cuestión para hacer ver que en los animales anestesiados no se obtiene sino un fragmento o parcela de la crisis epileptiforme, y por consiguiente no se puede esperar reacciones neurovegetativas evidentes.

Los experimentos de esta sección fueron verificados en unos 20 perros anestesiados por cloralosa. Las convulsiones fueron determi-

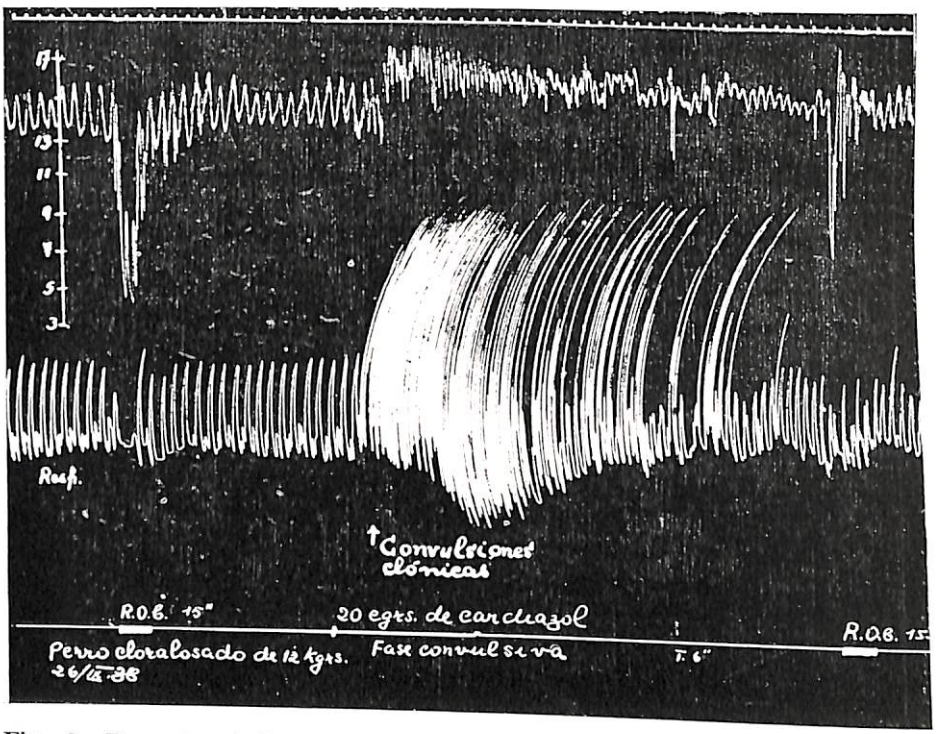


Fig. 2. Perro anestesiado; presión arterial y respiración. El reflejo óculo-cardiaco disminuye después de la crisis convulsiva y la presión apenas aumenta durante la misma. Señal de tiempo cada 6 segundos

nadas por cardiazol a la dosis de 20 miligramos por kilo de peso. Se tomaron trazados de presión, respiración y bazo. También se hicieron reparos sobre el reflejo óculo-cardíaco antes y después de la crisis. Las figs. 1 y 2 nos ofrecen ejemplos de estos experimentos. En ambos casos la presión arterial aumenta mediocremente en el curso de las convulsiones, que se traducen en el neumograma pero dicho aumento es persistente. El esplenograma, que sólo aparece en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la fig. 1, desciende poco, indicando mediana esplenoconstricción, y el reflejo óculo-cardíaco obtiene una visible merma post-convulsiva, de la cual se recupera tiempo después. CLAUDE, TINEL y SANTENOISE han señalado una gran disminución postconvulsiva del reflejo óculo-cardíaco en el hombre, e incluso su abolición o inversión. Esta observación clínica se confirma en algunos de nuestros experimentos, como puede verse en las figs. 1 y 2. Sin embargo, en algunos casos el reflejo aumenta, en vez de disminuir, y con más rareza permanece invariable. De todas maneras, la reacción más frecuente (por lo menos el 70% de nuestras observaciones) es la mengua o abolición postconvulsiva del reflejo.

En síntesis, la reacción neuro-vegetativa en este caso es mediocre, pero lo que más nos llama la atención es que no presente carácter paroxístico, pues vemos que asciende pausadamente y se mantiene en meseta algunos minutos. En este caso no se puede ni siquiera pensar en epilepsia neuro-vegetativa.

Estos resultados coinciden, en cierto aspecto, con los de HAURY y GUBLER, en perros anestesiados por éter. Nosotros no hemos utilizado en esta serie pequeñas dosis (5 a 10 mgrs. por kilo de peso) que, según estos autores causan hipotensión. Las dosis altas, (20 mgrs. por kilo) que ellos también experimentan, producen siempre hipertensión, y aumento inicial del volumen de los órganos seguido de disminución, como se puede ver en la fig 1. No pensamos, sin embargo que el aumento inicial sea originado por una acción local, pués en este caso, como veremos después, impulsos simpáticos y parasimpáticos se actualizan al mismo tiempo y pueden originar alteraciones antagónicas entre sí.

OBSERVACIONES EN PERROS CATALEPTICOS. FENOMENO DEL COLAPSO VASCULAR POR REPETICION DE LA CRISIS EPILEPTICA

En una segunda serie, que comprende, 15 perros catalépticos, hemos investigado la reacción neurovegetativa en el curso de las convulsiones, esta vez sin el inconveniente de la anestésia.

Para producir el fenómeno cataléptico—que nos permite hacer la espectacular experiencia de operar sin dolor en perros sin anestesia—utilizamos la bulbocapnina o un ataque cardiazólico previo. La presión en estos animales se mantiene en condiciones inmejorables, y se tiene la ventaja inestimable de registrar, a la vez que pre-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sión y respiración, las contracciones musculares, lo cual es imposible con los métodos de la anestesia y del curare. Para ello disecamos parcialmente un gemelo y unimos su tendón, por medio de un sistema de palancas, con una aguja inscriptora.

Examinemos la figura 3. Este perro fué cataleptizado por

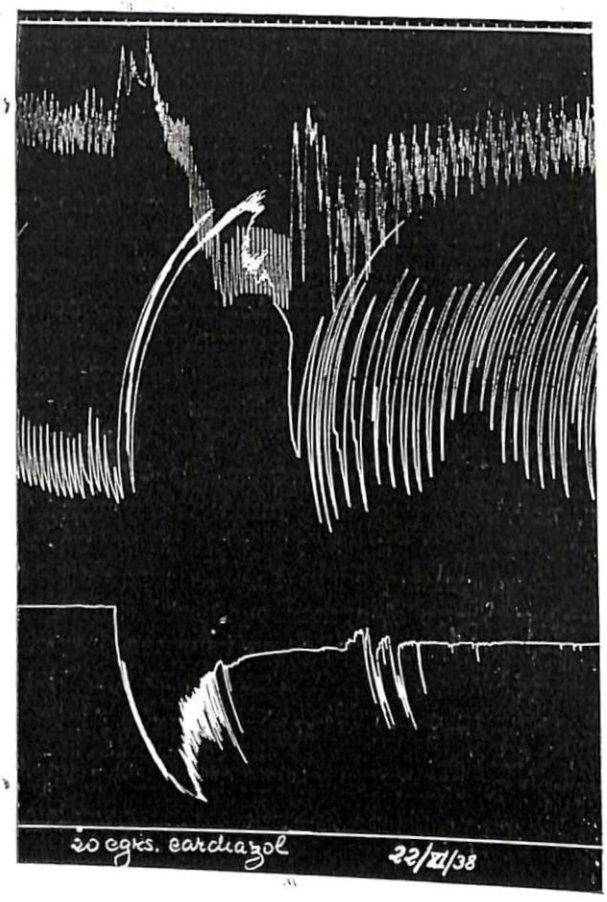


Fig. 3. Perro cataléptico por acción del cardiazol. Trazados de presión, respiración y músculo gemelo. Una segunda inyección de cardiazol, en el punto indicado por la señal eléctica, produce ligera hipertensión seguida de hipotensión prolongada y profunda, ápnea inspiratoria y convulsiones tónicas y clónicas, que se pueden apreciar en el miograma.

cardiazol, 20 mgrs. por kilo. Tenemos en el trazado señal de tiempo, presión, respiración, músculo gemelo y señal eléctrica. Bruscamente inyectamos en la vena safena el cardiazol (2a. crisis convulsiva). Unos segundos después se inician las convulsiones tónicas,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

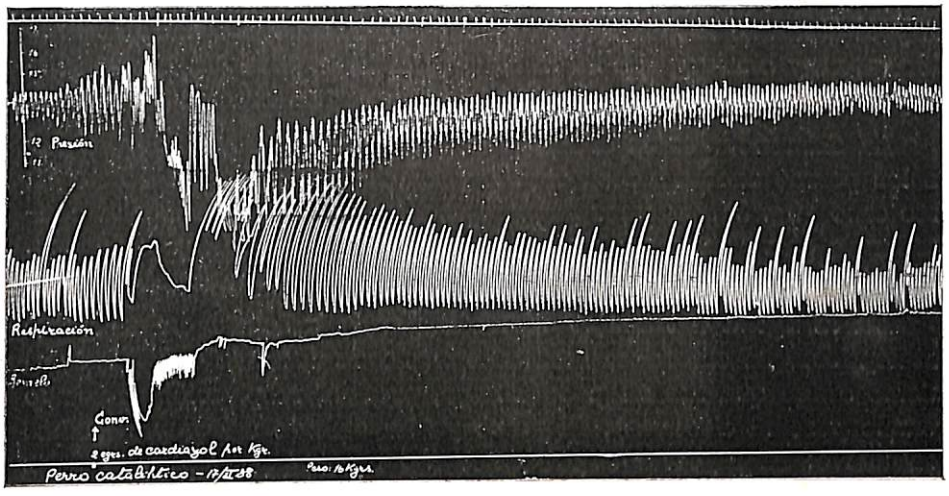


Fig. 4. Perro cataléptico por acción del cardiazol. Trazados de presión, respiración y músculo gemelo. La segunda inyección de cardiazol ofrece las mismas reacciones que el experimento de la fig. 3.

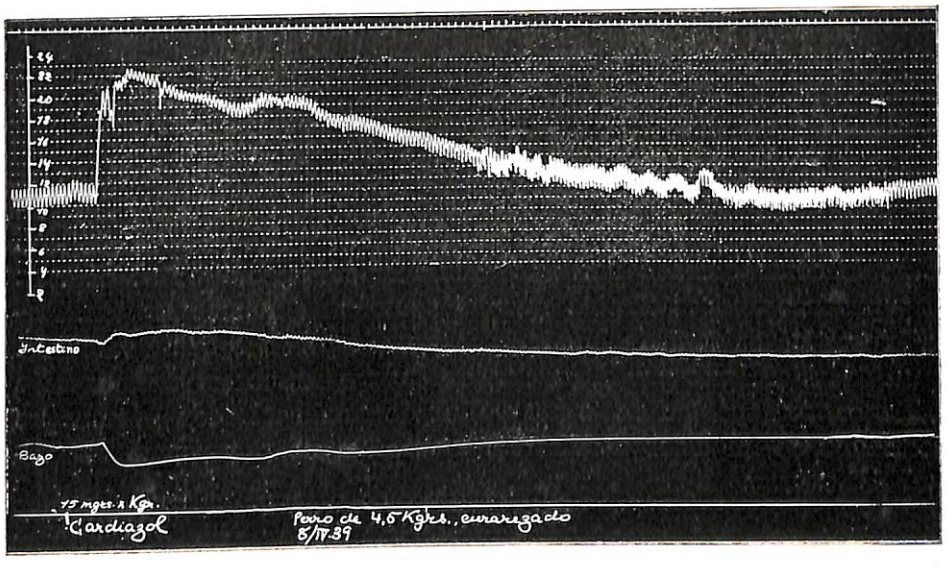


Fig. 5. Perro curarizado. Trazados de presión arterial, intestino y bazo. La tardía y leve hipotensión postconvulsiva se puede apreciar gracias a las líneas axográficas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

muy nítidamente marcadas en el miograma. Al mismo tiempo la presión sube y luego baja paroxísticamente, la respiración se detiene y el tórax se mantiene en forzada inspiración. Durante la fase clónica, muy bien registrada en el miograma, la presión sigue bajando y se presenta por algunos segundos una gran bradicardia.

La diferencia entre el resultado de éste experimento y aquel de los perros anestesiados (figs. 1 y 2) es ostensible. En efecto en este caso (fig. 3), tenemos la prueba objetiva de una estrecha concordancia entre las convulsiones y modificaciones de la presión bastante intensas, lo cual nunca ocurre en los animales anestesiados.

En la figura 4 tenemos otro ejemplo de epilepsia en un perro cataléptico, que ofrece un resultado digno de comentarse. Aquí, el mismo orden que en la fig. 3 (tiempo, presión, respiración, músculo gemelo y señal eléctrica). El perro ya ha sufrido un previo ataque convulsivo. Al inyectar el cardiazol (20 mgrs. por kilo) recibimos la sorpresa como en el caso de la fig. 3 de ver caer bruscamente la presión después de una fugaz hipertensión que se inicia con las convulsiones tónicas. Esto ocurre con gran frecuencia en los perros catalépticos que sufren un 2o. o 3er. ataque. En los perros curarizados el fenómeno nunca se presenta. Por consiguiente no es el cardiazol mismo, ni sus efectos centrales el factor, que condiciona esta caída paroxística, que está precedida casi siempre de fugaz hipertensión. Observemos que la hipotensión es durable. En muchos casos conduce a un grave colapso y a la muerte.

Surge necesariamente esta idea que por el momento sólo consideramos como una hipótesis de trabajo: durante la crisis convulsiva se produce, a nivel de la sinápsis neuromotriz, o en el mismo músculo contracturado una substancia hipotensora, que se acumula y produce tóxicos efectos cuando las convulsiones se repiten. Esta hipotética substancia hipotensora no se produce cuando se bloquea dicha sinápsis por el curare, en cuyo caso, como veremos más adelante, se soportan dosis muy altas de cardiazol con descargas contínuas de impulsos nerviosos, que no llegan al músculo en virtud del curare.

Esta última cuestión sólo representa una observación marginal al tema que nos ocupa, y por muy grande que sea su interés no podemos dedicarle mayor atención. Volveremos alguna vez sobre ella nuevamente. En cuanto toca a la reacción hipertensiva, su intensidad, su paralelismo con la descarga convulsiva, la rapidez con

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

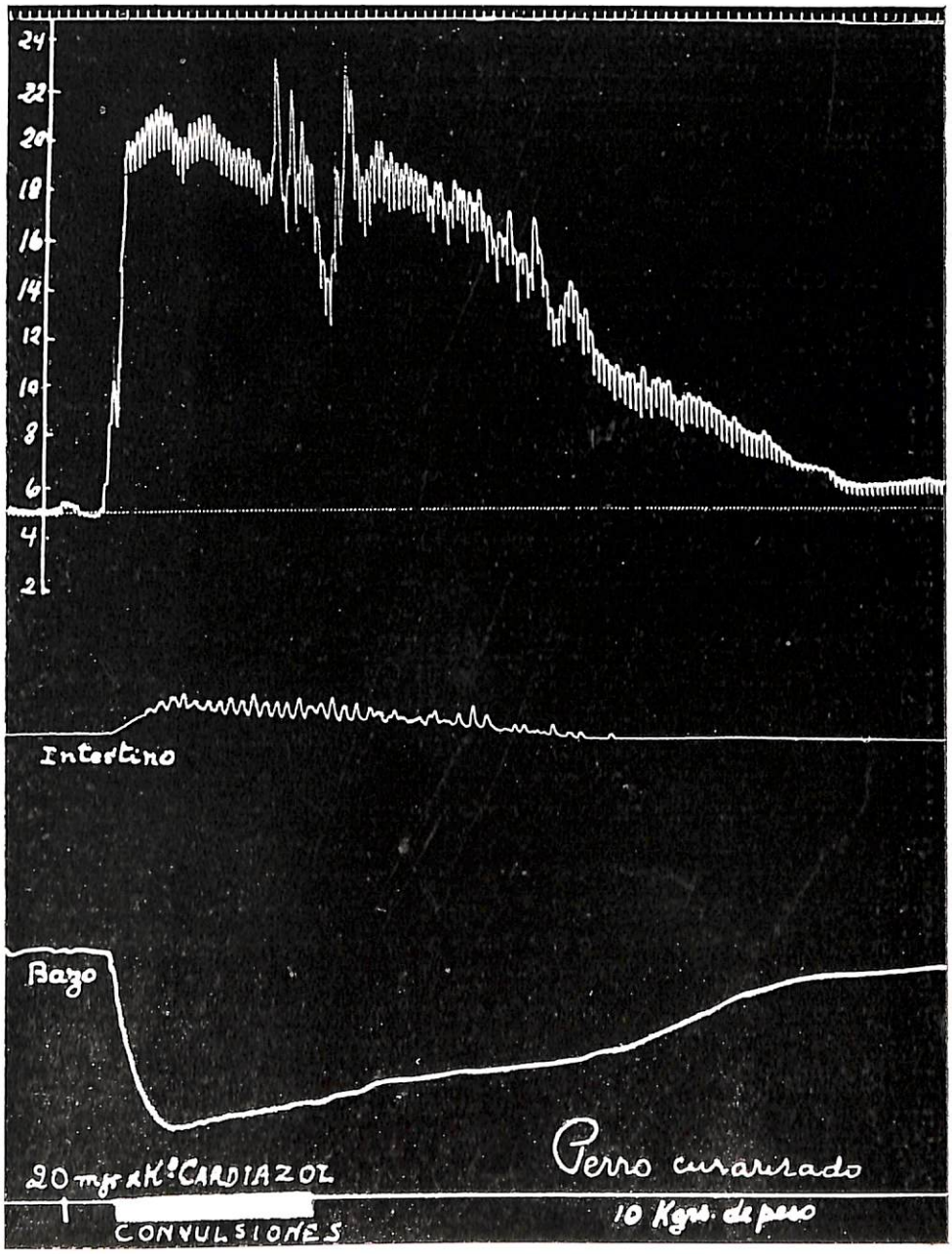


Fig. 6. Perro curarizado. Presión arterial, intestino y bazo. La primera señal eléctrica indica el instante de la inyección de cardiazol, y la segunda, mucho más prolongada, el período de las convulsiones. Obsérvese la débil reacción intestinal y las intensas reacciones de la presión y el bazo, y las diferencias de estas últimas en relación a las correspondientes de los perros anestesiados y catalépticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que se inicia y su rápido término, nos hacen sospechar que no es el resultado de una ordinaria excitación de los centros vasos constrictores, sino una verdadera reacción paroxísmica de ellos, análoga a la reacción de los centros motores.

OBSERVACIONES EN PERROS CURARIZADOS

En esta sección referimos resultados experimentales más comprobativos a la hipótesis de una epilepsia neurovegetativa. En la mayoría de los casos no llevamos la curarización a su último grado, el bloqueo absoluto de la placa motora, pues era necesario advertir el inicio, la duración y el rítmo de las convulsiones, aunque sólo fuera percibiendo una leve fibrilación muscular, demostrable a d o c u l o s. Siendo imposible registrar por el método anterior las contracturas musculares, hicimos funcionar la señal eléctrica durante el esbozo de las mismas; de esta suerte podíamos establecer su relación con las variedades de presión y de volumen de los órganos.

En esta serie se han practicado unos 60 experimentos. Examinemos algunos de ellos. En la figura 5 tenemos una subida de presión súbita que coincide con las convulsiones en línea recta, se mantiene algunos instantes en meseta y luego baja lentamente. Se manifiesta aquí un rasgo típico, que se repite en muchos experimentos, de la respuesta vascular en la epilepsia: la reacción vascular es mucho más durable que las convulsiones; estas últimas no duran más de un minuto, la hipertensión dura 8 10 veces más que las convulsiones. Esto indica, a no dudarlo, que la r e a c c i ó n e p i l é p t i c a d e l o s c e n t r o s v a s o c o n s t r i c t o r e s e s m u c h o m á s l e n t a y d e c a r á c t e r m e n o s p a r o x i s m a l, a pesar de su inicio súbito, que la correspondiente de los centros motores. Luego la presión desciende 0.5 cm. Hg. del nivel primitivo; esta hipotensión postconvulsiva tardía suele ser constante. Finalmente, la presión recupera su nivel primitivo. En la misma fig. 5 el intestino se modifica poco, un ligero aumento de tono, y el bazo se contrae. Ambas reacciones son frecuentes.

En la fig. 6 se nos da el caso de una reacción vascular de carácter más brusco y paroxístico, aunque, como se puede ver comparando con la duración de las convulsiones expresadas en la señal, siempre más larga que la reacción de los centros motores. Los efectos sobre el intestino y el bazo son también más enérgicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

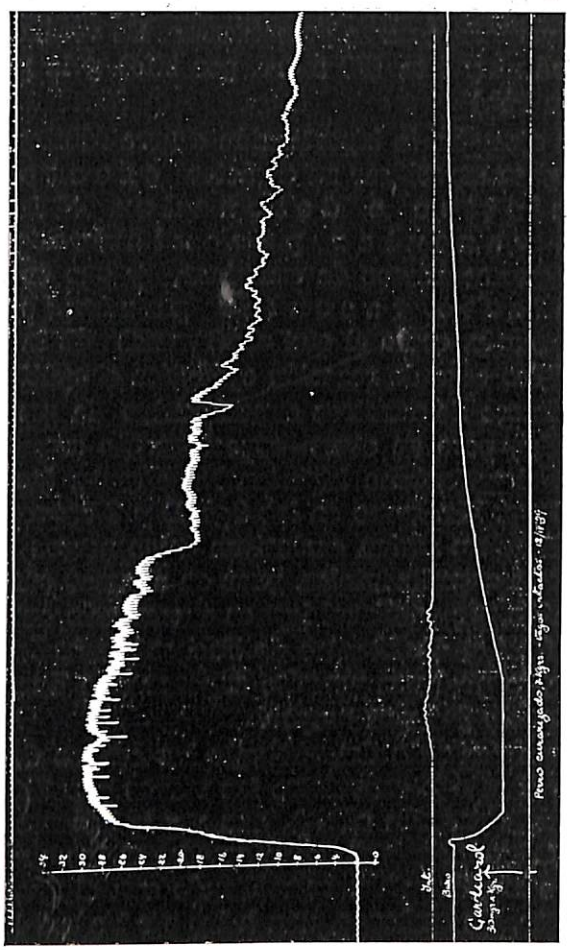


Fig. 7. Perro curarizado. Presión arterial, intestino y bazo. Obsérvese el aumento de 28 cm. Hg por la dosis convulsivante de cardiazol, tipo prolongado.

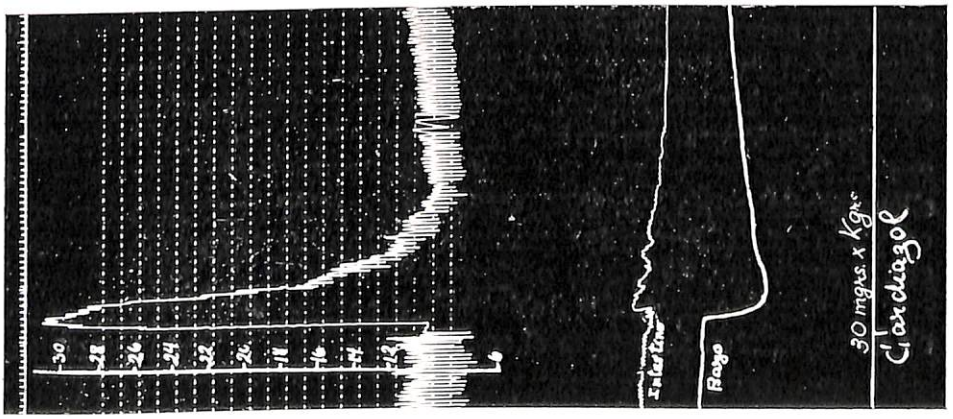


Fig. 8. Perro curarizado. Presión arterial, intestino y bazo. Efecto vascular de tipo breve o en campanario.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la fig. 7 el efecto hipertensivo, promovido por una dosis muy fuerte, es verdaderamente espectacular. Es verdad que en este caso la dosis fué muy alta (30 mgrs. por kilo) y la presión inicial muy baja (2 cm Hg.)

En los tres ejemplos la hipertensión ocurre súbitamente, y conviene llamarla, para especificar su carácter efecto vascular paroxístico o detonador. Existen dos tipos: el efecto vascular paroxístico prolongado, como los que acabamos de examinar, y que es el más frecuente; y el efecto vascular paroxístico breve, o en campanario, como el que observamos en la fig. 8, que constituye un típico caso de reacción epiléptica simpática.

En gran número de nuestros experimentos la presión se eleva de 8 a 12 cm Hg., pero en otros—especialmente cuando la presión inicial es baja—el paroxismo hipertensivo alcanza las notables cifras de 20 y 28 cm. Hg. como en las figs. 8 y 7 respectivamente. Tan elevadas cifras no serían exclusivas a los perros y producidas por las condiciones experimentales, pues en algunos enfermos esquizofrénicos tratados por cardiazol hemos encontrado aumentos de 10 cm. de presión (con el oscilómetro de Pachon) inmediatamente después del ataque, lo cual nos permite suponer que durante las convulsiones el aumento fué aun mayor.

Si analizamos con más detenimiento las curvas de presión que se presentan en el estado convulsivo las vemos constituídas por dos elementos: una hipertensión súbita, que puede hacerse en dos tiempos, que se mantiene en meseta mientras duran las convulsiones, y termina con una rápida caída, coincidiendo con el final de las convulsiones. Persiste, sin embargo, una hipertensión residual postconvulsiva, que desaparece muy lentamente. La figs. 9 y 10 nos objetivan nítidamente este resultado. Ambos ejemplos corresponden al tipo de efecto vascular paroxístico prolongado; si en el curso de esta hipertensión se inyecta una pequeña cantidad de luminal sódico, se origina un progresivo descenso.

Los fisiólogos que antaño estudiaron las alteraciones vasculares de la epilepsia producida por estímulos corticales eléctricos, de ellos especialmente FR. FRANCK, nos aportan resultados que sólo en parte coinciden con los nuestros: en la fase tónica la presión puede aumentar, disminuir o bien quedar inalterada, muchas veces hay hipotensión en la fase clónica, los accesos rigurosamente parciales influencian muy poco el aparato circulatorio. Nosotros encon-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tramos siempre (100% de los casos) gran hipertensión en los perros curarizados, y reacciones muy variables (hiper o hipotensión) en los perros no curarizados que sufren convulsiones, a repetición, por lo cual creemos que estas últimas favorecen, por un mecanismo desconocido aún, pero que suponemos en la periferia, la reacción hipotensiva.

Si revisamos la literatura médica sobre el estado de la presión arterial en el curso del ataque, encontramos opiniones muy

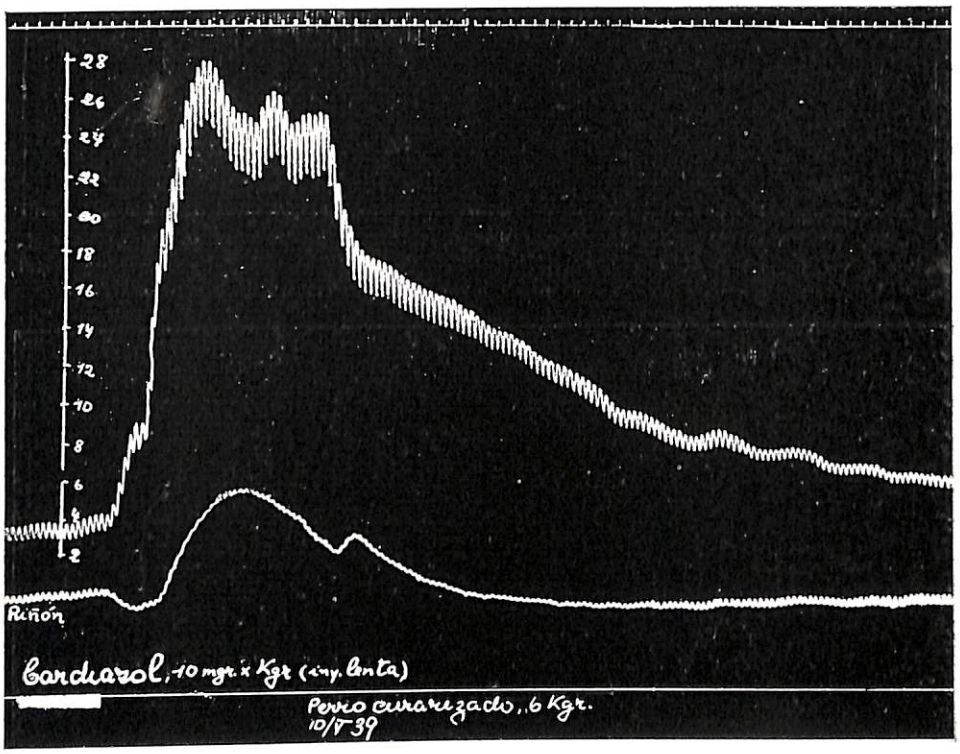


Fig. 9. Perro curarizado. Presión arterial y riñón. Adviértase la caída en dos tiempos de la presión arterial.

variadas. La mayoría de autores están de acuerdo en que la hipertensión coincide con las convulsiones (VOISIN, VALTOTTA, FERE, DALMA, RODIET, BESTA, LALLEMANT, etc.) Después del acceso habría hipotensión, según FERE, e hipertensión según VOISIN y PETIT. Según nuestra experiencia, la hipotensión postconvulsiva se presenta sobre todo en los status epilepticus o en las crisis a repetición; si las convulsiones se impiden por el curare, la hipoten-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

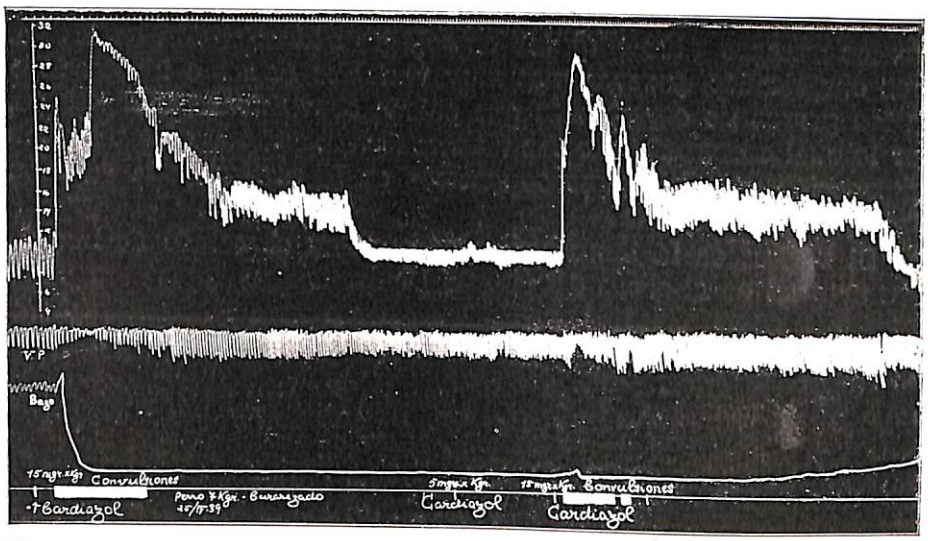


Fig. 10. Perro curarizado. Presión arterial, volumen pulmonar y bazo. La primera señal eléctrica corresponde a la inyección de cardiazol y la segunda a las convulsiones. Ejemplo de modificación escalonada de presión arterial.

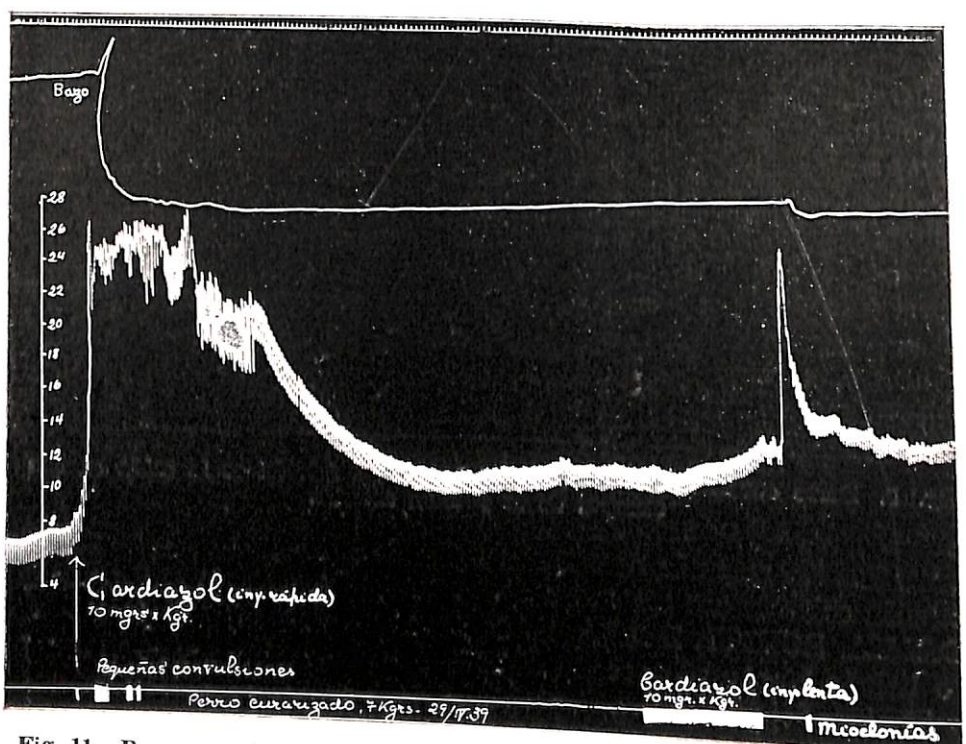


Fig. 11. Perro curarizado. Bazo y presión arterial. Véase, como resultado de la 2a. inyección, el efecto detonador retardado vascular.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sión es insignificante y muy tardía, después de una fase de hipertensión postconvulsiva.

Lo más característico que nos ha sido dable demostrar es la relación íntima, aunque no siempre paralelamente cronológica, entre hipertensión y convulsiones. Por lo regular la crisis hipertensiva se inicia con el estallar de las primeras descargas mioclónicas, y continúa su curso ascendente al estallar la fase tónica; mas raramente la hipertensión precede o subsigue al ataque convulsivo. En consecuencia, la experimentación concuerda con la observación clínica de PAGNIEZ, de una rápida hipertensión inmediatamente antes de la crisis que llega a su máximum en la fase tónica.

Un fenómeno interesante es el efecto detonador retardado vascular, si se nos permite esta expresión que corresponde a la naturaleza del fenómeno. El estudio de la fig. 11 nos ofrece un ejemplo de aquél. En este caso se han inyectado sucesivamente, con corto intervalo, 10 mgrs. de cardiazol por kilo; la primera inyección se hizo violentamente, promoviendo una descarga de mioclonías y la gran hipertensión que se advierte en el gráfico. Algunos minutos más tarde se inyecta la misma dosis lentamente en el curso de dos minutos. Al principio, mientras no se presenta ningún efecto convulsivo, la presión sube lenta y discretamente; pero de súbito, coincidiendo con unas fugaces mioclonías, se manifiesta una aguja hipertensiva y luego, al desaparecer el efecto mioclónico, baja la presión con la misma violencia. Quien examine este experimento quedará convencido de que la hipertensión es en este caso un fenómeno de naturaleza paroxismal, y que la descarga de los impulsos que originan la elevación de presión y las mioclonías son fenómenos de la misma índole. En nuestra serie de 60 perros curarizados la hipertensión paroxística se presentó en el 100% de los casos. La reacción parasimpaticotónica postconvulsiva de YAKOVLEV no se presenta en estas condiciones experimentales.

ALTERACIONES EPILEPTICAS NEURO- VEGETATIVAS EN LOS PERROS SUPRARRENOPRIVOS Y EN PERROS CON BLOQUEO DEL SIMPATICO

Estos experimentos han sido verificados con el objeto de determinar el valor relativo del simpático y de las suprarrenales en la hipertensión. Practicamos observaciones en cinco perros sin cápsulas suprarrenales. La operación quirúrgica fué efectuada bajo la acción del curare, de tal suerte que los resultados son comparables a los que se describen en el capítulo anterior.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La fig. 12 corresponde a uno de estos animales. Aquí se advierte que durante las convulsiones se produce la conocida hipertensión paroxística de los perros intactos; no existe ninguna diferencia. Se puede afirmar que la ablación de las suprarrenales no modifica la reacción vascular epiléptica. Si una descarga de adrenalina participa en el proceso, es indudable que su acción es secundaria.

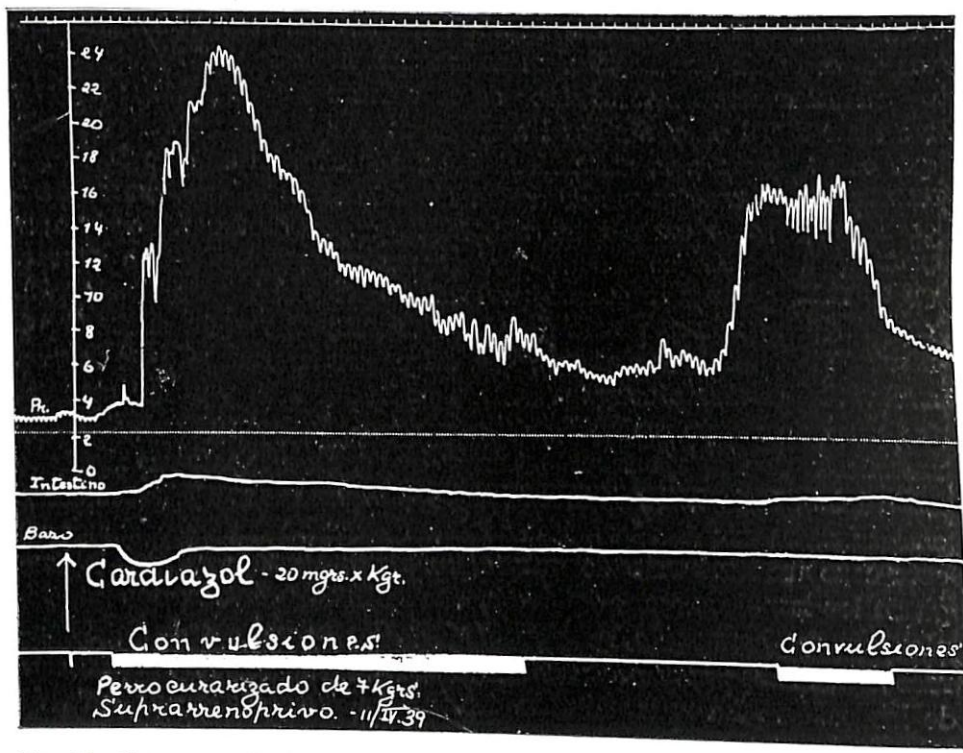


Fig. 12. Perro curarizado y suprarrenoprivo. Trazados de presión, intestino y bazo. Obsérvese la pequeña reacción del bazo y la secundaria reacción hipertensiva simultánea a un segundo ataque espontáneo.

A continuación, con el propósito de ofrecer la contraprueba del experimento anterior, hemos verificado ataques epileptiformes en perros yohimbinizados. En estos casos se controló la acción simpaticolítica por medio de la adrenalina, y cuando la reacción de esta substancia estaba francamente invertida se ponía la inyección convulsivante. Fué, en verdad, muy sorprendente demostrar que aún en estas condiciones se manifestaba una pequeña hipertensión du-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rante el ataque (v. fig. 13) lo cual es muy difícil de explicar si se considera que el simpático está bloqueado y la acción adrenalínica invertida. La hipótesis más simple e inmediata es que la yohimbina no bloquea todas las terminaciones simpáticas, de suerte que quedan indemnes algunos filetes por donde se deslizan impulsos hipertensores.

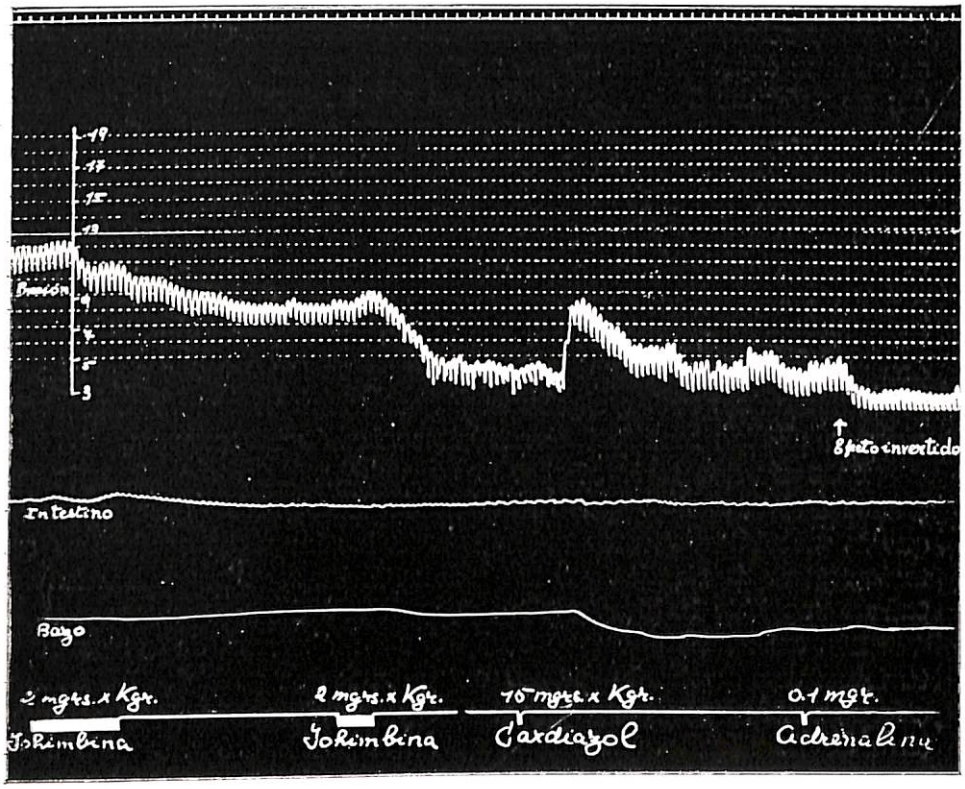


Fig. 13. Perro curarizado y yohimbinizado. Presión arterial, intestino y bazo La inyección convulsivante de cardiazol produce, a pesar de la simpaticolisis, efecto hipertensivo y esplenoconstricción. La inversión de la acción de la adrenalina, demostrada en la última parte del gráfico, nos garantiza el bloqueo del ortosimpático.

La sección de los dos neumogástricos o la atropinización, no afectan las variaciones de presión arterial convulsivas.

ALTERACIONES EPILEPTICAS NEUROVEGETATIVAS EN LOS PERROS ESPINALES

Hasta aquí hemos demostrado que en el instante del ataque convulsivo, y en la mayoría de casos también algunos minutos des-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pués se manifiesta una gran hipertensión paroxística y a la vez una intensa contracción del bazo. Estas son, indudablemente, funciones propias del simpático, mas fué necesario probar que este sistema neuro-vegetativo era el factor de los cambios.

Ya sabemos que la adrenalina no es indispensable, aunque es de suponer que una fuerte secreción de esta hormona se efectúa durante el ataque. Es de mayor importancia el resutado experimental, antes referido, de que la hipertensión epiléptica quede reducida a su mínima expresión en los animales con sistema simpático bloqueado; no podemos dudar, entonces, que aquél interviene en el paroxismo convulsivo. La hipótesis más verosímil sería, en estas condiciones la siguiente: en el curso del ataque convulsivo, y algunos instantes después, se presenta súbitamente una simpaticotonía paroxística (epilepsia ortosimpática). Los impulsos se originarían en los centros simpáticos superiores, del tronco encefálico y del cerebro, descienden por la médula espinal y luego por todos los nervios simpáticos. principalmente por los esplácnicos, hasta las mismas vísceras, originando allí las manifestaciones viscerales de la epilepsia.

Pero era necesario ofrecer una prueba satisfactoria de este supuesto mecanismo, y para ello ningún procedimiento más oportuno que la sección transversa subbulbar. Si los impulsos epilépticos ortosimpáticos descienden por la medula, dicha sección tendría la virtud de suprimir la hipertensión.

Las experiencias fueron realizadas en 7 perros, de los cuales 5 tuvieron una sección subbulbar completa y dos parcial. La operación se verificó por vía posterior, llegando a la medula por el espacio occípito-atloideo. En estos experimentos no fué necesario utilizar el curare, pués el perro espinal no ofrece epilepsia a las dosis convulsivantes ordinarias de cardiazol, exceptuando la cabeza. Los vagos fueron respetados en una experiencia preliminar (en cuyo caso teníamos una cabeza que sufre epilepsia unida al cuerpo—que no sufre epilepsia— por sus nervios vagos), luego también seccionados. Nunca se procedió al experimento sino una hora después de la operación quirúrgica.

En todos los perros espinales con vagos intactos es decir en el 100% de los experimentos, se observó que en el instante de la crisis convulsiva se presentaba una caída brusca y paroxismal de la presión, caída de presión que tiene semejanza, por su intensidad,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

comienzo súbito y brevedad, con la que se manifiesta cuando se faradiza el cabo periférico neumogástrico. Ningún efecto hipertensivo fué observado. El volumen esplénico por lo general disminuye, pero esto, más que a una verdadera esplenoconstricción, puede atribuirse al efecto mecánico de la hipotensión misma.

Si a continuación seccionábamos los vagos y repetíamos después la inyección de cardiazol, produciendo un nuevo efecto convulsivante, no se manifestaba entonces la hipotensión paroxística.

En las figuras 14 y 15 se ofrecen dos ejemplos de los que acabamos de referir. En la primera se observan caídas profundas de la

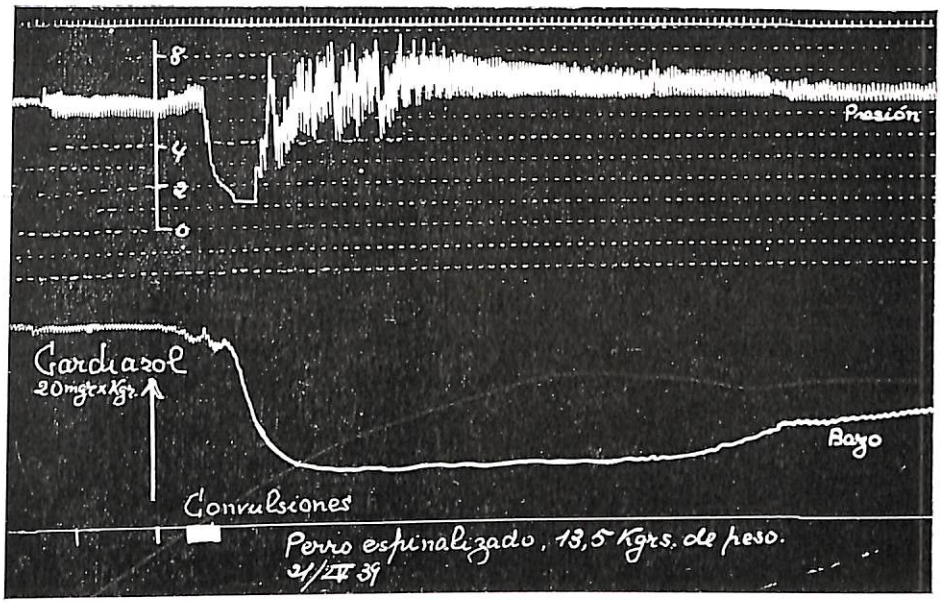


Fig. 14. Perro espinal. Presión arterial y volumen esplénico. La segunda señal eléctrica indica las convulsiones limitadas a la cabeza. Obsérvese la hipotensión paroxística.

presión, casi hasta el 0 de la escala, como ocurre cuando faradizamos el cabo periférico vagal. Esta hipotensión coincide con las convulsiones que sólo se pueden apreciar en las mandíbulas, pués el cuerpo permanece inerte; pero tan pronto desaparecen las convulsiones, la presión asciende con presteza. Respecto al corazón, la falta de oscilaciones durante el ataque nos indica parálisis de sus movimientos; luego se advierte un estado de bradicardia postconvulsiva.

En la fig. 15 observamos efectos parecidos. La primera inyección de cardiazol produce hipotensión, luego se seccionan los vagos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y en estas condiciones la segunda inyección ya no produce ninguna reacción hipotensiva. Es incuestionable, según esto, que los impulsos hipotensores originados en el centro vagal del bulbo, descienden por el neumogástrico hacia el corazón y las vísceras abdominales, y que tales impulsos al mismo tiempo que los ortosimpáticos y los

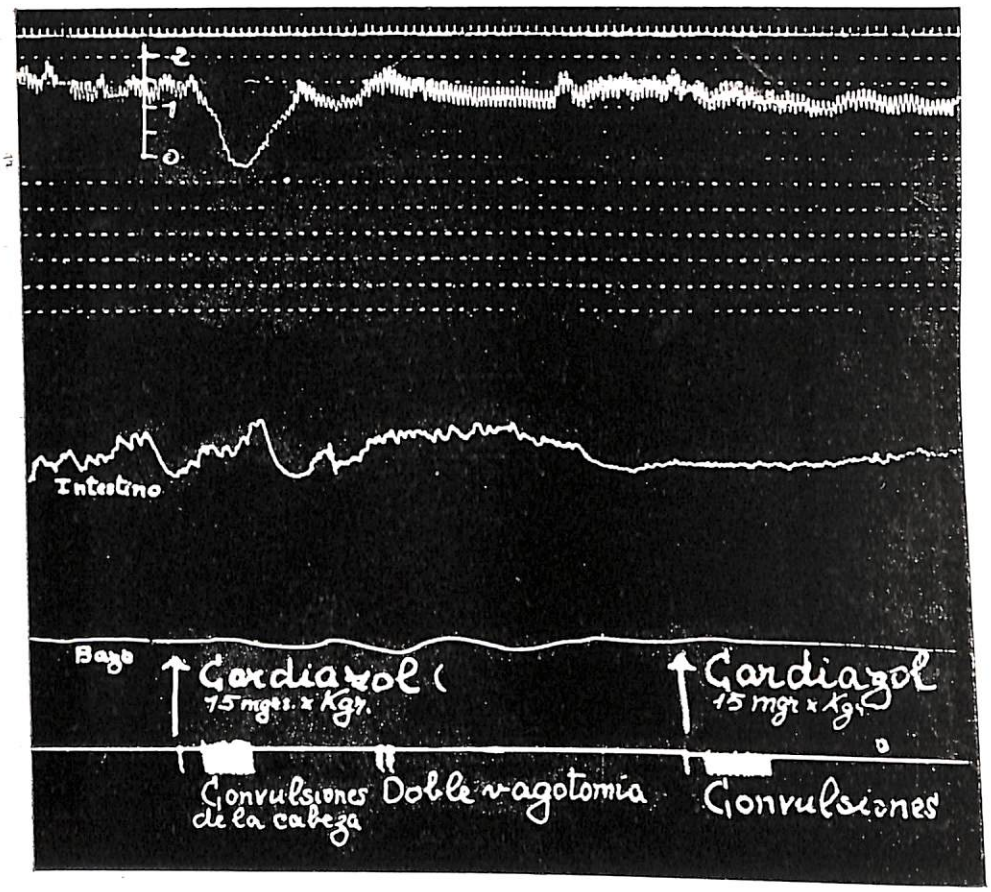


Fig. 15. Perro espinal. Presión arterial, intestino y volumen esplénico. Las pequeñas señales eléctricas indican el instante de las inyecciones de cardiazol y las grandes las convulsiones limitadas a la cabeza. Obsérvese el efecto de la doble vagotomía.

que van a los músculos estriados, tienen un carácter esencialmente paroxístico, y forman parte del cortejo convulsivo.

La hipótesis de que los impulsos epilépticos ortosimpáticos descienden por la médula y luego por los nervios esplácnicos nos parece quedar con estas experiencias, y las referidas en el capítulo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

anterior, plenamente confirmada. Al mismo tiempo creemos dar la evidencia de una hiperparasimpaticotonía paroxística epiléptica, que se desarrollaría al mismo tiempo que la ortosimpática y que en condiciones ordinarias quedaría enmascarada por ésta.

No creemos, en forma alguna, que la hipotensión que se origina en los perros catalépticos durante el 2o. o 3er. ataque convulsivo sea originada por un prevalecimiento de los impulsos parasimpáticos sobre los ortosimpáticos, pues entonces sería inexplicable porque el mismo fenómeno no ocurre en los perros curarizados en el curso de las crisis a repetición, puesto que esta última droga afecta las terminaciones nerviosas motoras y no los centros. Un nuevo factor, aún desconocido, debe agregarse haciendo que primen los impulsos parasimpáticos.

Las investigaciones que acabamos de exponer nos revelan que en el ataque epiléptico experimental hay evidentes alteraciones neurovegetativas ortosimpáticas y parasimpáticas. En condiciones ordinarias prevalecen las primeras. En este sentido, nuestros resultados no concuerdan exactamente con los de TINEL y SANTENOISE, quienes afirman que en la epilepsia humana existen dos fases, una inicial o vagotónica y otra ulterior, simpaticotónica, cual si dos ondas de alteraciones neurovegetativas, antagónicas entre sí aparecieran una primero y otra después. Nuestras observaciones de la epilepsia experimental por cardiazol nos indican que hay una sóla perturbación, un sólo paroxismo neuro-vegetativo, que estalla a la vez que las convulsiones y que es simpático y parasimpático a la vez, con predominio del primero; se trata de un efecto detonador o epiléptico neuro-vegetativo, que comprende masivamente a todas las secciones de este gran sistema, en el cual los impulsos antagónicos se confunden, siendo el resultado igual a su suma algebraica. Las investigaciones sobre diferentes órganos (corazón, vejiga, bazo, riñón y pulmón) que verificamos ulteriormente confirman este punto de vista de la que la epilepsia neurovegetativa resulta de una suma de excitaciones ortosimpáticas y parasimpáticas, siendo mucho más importantes las primeras. Los impulsos ortosimpáticos van del tronco cerebral por la medula y los esplácnicos y demás nervios simpáticos a las vísceras, e incluso por el vago mismo en los ani-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

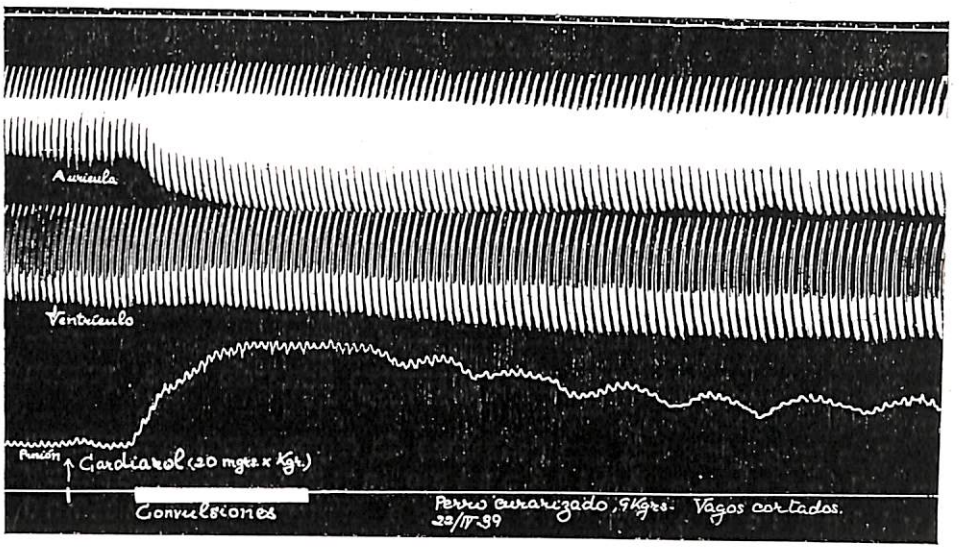


Fig. 16. Perro curarizado. Trazados de aurícula, ventrículo y presión arterial.

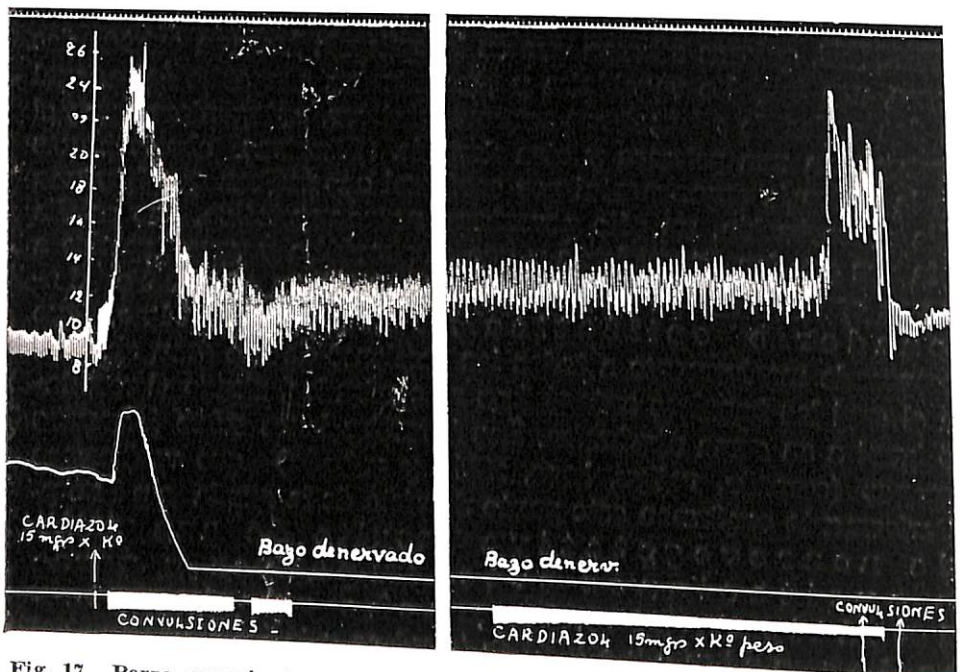


Fig. 17. Perro curarizado con bazo denervado. En el segundo gráfico, que corresponde a la continuación del experimento, adviértase el efecto vascular retardado y que coincide siempre con la aparición de las convulsiones, como en la fig. 11, después de una inyección lenta. El tiempo de convulsiones está marcado entre flechas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

males en que este nervio es mixto (simpático-parasimpático), lo cual se demuestra en las experiencias que hemos verificado en el corazón en el estado epiléptico, y que luego relataremos; y los impulsos parasimpáticos originados en el bulbo van por el vago, y también—como lo demostraremos después—por el parasimpático pelviano.

Respecto a los perros con sección subbulbar incompleta— dos experimentos—los resultados no difieren casi de los perros intactos. En ambos casos se había respetado la parte dorsal de la médula y la hipertensión epiléptica fué mediocre.

ALTERACIONES DEL CORAZON, PULMON, BAZO, VEJIGA, E INTESTINO DURANTE EL ATAQUE EPILEPTICO POR CARDIAZOL

Con la serie de experimentos que hemos expuesto en los capítulos anteriores nosotros creemos haber aportado la demostración de que en la epilepsia experimental por cardiazol, paralelamente al paroxismo neuromotor que es el fenómeno más efectivo, ocurre un paroxismo neurovegetativo. Este último no debe ser considerado como un simple aumento de excitabilidad, o de tono de dicho sistema nervioso, sino como una verdadera reacción epiléptica, como se puede inferir del estudio de las curvas de presión que aquí ofrecemos.

Un complemento indispensable a este estudio era la determinación de las modificaciones que se presentan en otros órganos en el curso del ataque. Este es un estudio muy ámplio del cual sólo vamos a referir aquí algunas observaciones.

De especial interés son las alteraciones del ritmo del corazón. Hemos realizado estudios en perros curarizados, inscribiendo los latidos cardíacos por el método de la mesa pericárdica, y en perros espinales, sin curare, utilizando el mencionado método de registro.

En el primer caso—perros intactos con curare — lo más frecuente es observar una aceleración de las contracciones e incluso intensificación de las mismas durante el ataque y algunos minutos después del mismo. En la fig. 16 ofrecemos un ejemplo de este resultado. Según esto, y de acuerdo a la reacción hiperortosimpática epiléptica, en el ataque se demuestran efectos cronotropos e inotropos positivos, lo cual contribuye a reforzar la hipertensión.

Sin embargo, esta manifestación no es constante, en algunos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

casos el corazón se retarda por breves segundos, hay una bradicardia epiléptica entrecortada por fases taquicárdicas. La impresión es que en tal caso impulsos ortosimpáticos y parasimpáticos llegan al corazón, los estímulos opuestos se imbrican, prevaleciendo un instante unos y luego otros, aunque la reacción más intensa es siempre la ortosimpática. Este es el mismo resultado de las clásicas observaciones de RICHET y BOCHEFONTAINE, y principalmente de FR. FRANCK. En el acceso epiléptico, dicen ellos, el corazón se acelera o se retarda, presenta una sucesión de efectos opuestos, uno moderador que prevalece en la fase tónica, y otro acelerador en la clónica.

En los experimentos efectuados con animal espinal, el resultado es muy significativo. En este caso, los impulsos aceleradores que descienden del bulbo a la medula cervical y de allí a los nervios del corazón, son bloqueados por la sección subulbar, y sólo se manifiestan los impulsos parasimpáticos que descienden del bulbo al corazón por los intactos neumogástricos. El experimento nos confirman plenamente esta suposición: en el perro espinal al mismo tiempo que la cabeza sufre sus convulsiones el corazón tiene una parálisis diastólica bastante prolongada, bradicardia postconvulsiva, en vez de la taquicardia residual de los perros intactos. La parada en diástole del corazón de este caso es una confirmación más de la hipótesis de una epilepsia neurovegetativa, comparable a la neuromotriz, pues sabemos que tal fenómeno no ocurre sino cuando se faradiza intensamente el nervio vago, o bajo la acción de altas dosis de parasimpaticomiméticos; y no conocemos ninguna substancia que por acción central sea capaz de paralizar el corazón ni un instante. En consecuencia, la parada diastólica de origen central del corazón del perro espinal—comparable a los síncopes paroxismales de ciertas epilepsias frustras—es un fenómeno típicamente epiléptico, que nos revela la propiedad de reaccionar epilépticamente de los centros parasimpáticos, y que en los perros intactos no se observa porque predominan los efectos de la epilepsia ortosimpática. Una contraprueba de nuestros experimentos es la siguiente: si se seccionan ambos neumogástricos no se manifiesta la parálisis diastólica.

Demostraciones de una parálisis del corazón en la primera parte del ataque, en el hombre, han sido referidas por PADILLA y COSSIO y por WINTERNITZ, con control electrocardiográfico.

En síntesis, en los 8 perros cuyo corazón fué observado, a d

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

o c u l o s y por los métodos de registro durante el ataque convulsivo, se han suscitado alteraciones que revelan un aflujo de intensos impulsos orto y parasimpáticos, con predominio de los primeros, al corazón.

Otro órgano que ha sido objeto de especial investigación es el bazo. En los gráficos que aquí ofrecemos se observa, casi siempre, una gran esplenoconstricción, que se inicia súbitamente, coincidiendo con las convulsiones. En los casos que en este fenómeno no se revela nítidamente en el trazado ello depende de un defecto de la técnica, en caso de bazos muy pequeños para los cuales no era muy sensible el oncógrafo.

El bazo permanece intensamente contraído durante el ataque y algunos minutos después del mismo; la decontracción se verifica muy lentamente y coincide por lo regular con el descenso de la presión arterial.

Los experimentos que hemos verificado con bazos denervados—en los cuales toda la red nerviosa perivascular del órgano fué cuidadosamente seccionada—nos indican que aún en estos casos se manifiesta la brusca e intensa esplenoconstricción. Esto sólo se puede explicar admitiendo que hay, desde el primer instante del ataque epiléptico, una gran descarga adrenalínica. En la fig. 17 se puede ver la gran contracción epiléptica del bazo denervado.

En tercer lugar, nuestro interés fué consagrado al estudio de las alteraciones de la vejiga en el curso del ataque. Sabemos que la micción comicial es un fenómeno muy constante en el hombre y en los animales. Para ponerla en evidencia utilizamos el método para registro de las contracciones vesicales de Jackson en un animal curarizado, para suprimir la influencia de la contracción de la pared abdominal. Confirmando las clásicas observaciones clínicas hemos visto, en más de una decena de experimentos, que la vejiga se contrae en forma súbita y paroxística al iniciarse las convulsiones tónicas. Este es un fenómeno tan brusco, intenso y espectacular como la hipertensión y la esplenocontractura, y se manifiesta, como estos, durante todo el ataque y algunos minutos después. Si en este momento se palpa el órgano, se le vé adquirir una constitución dura, casi leñosa.

Como en el caso de la hipertensión epiléptica del perro yohimbinizado, en el estudio de la vejiga encontramos un fenómeno que no acertamos a explicar. Sabemos que el músculo detrusor de este órgano entra en acción por el parasimpático y se relaja por acción del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ortosimpático. Siendo así era de esperar que una intensa atropinización suprimiera su espasmo epiléptico. Con gran sorpresa nuestra hemos visto que las más elevadas dosis de atropina sólo disminuyen la contractura vesical, sin suprimirla. Señalamos la observación

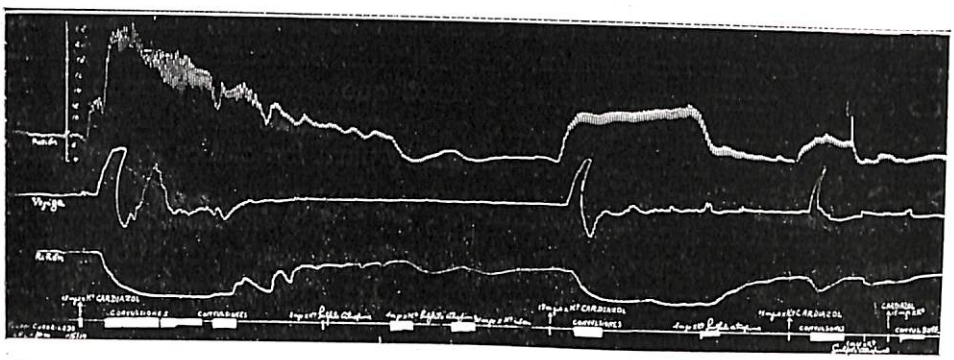


Fig. 18. Perro curarizado. Presión arterial, vejiga y riñón. Adviértase el efecto de la atropinización sobre la contracción epileptógena de la vejiga.

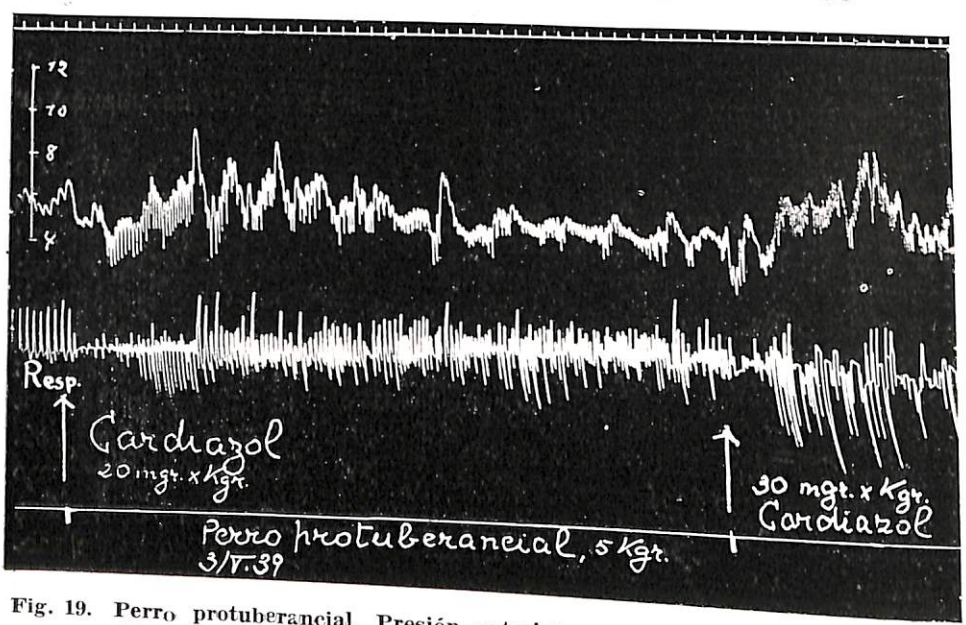


Fig. 19. Perro protuberancial. Presión arterial y respiración. La inyección de cardiazol no produce convulsiones y solo eleva débilmente la presión.

pero nos abstenemos de toda hipótesis explicativa. En la fig. 18 presentamos algunos ejemplos de las alteraciones vesicales epilépticas que acabamos de exponer; estas alteraciones no difieren de aquellas, estudiadas en la epilepsia cortical eléctrica, por MOSSO y PELLACANI y sobre todo por Fr. FRANCK.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Respecto al riñón, no hemos visto nada característico. Unas veces (como en la fig. 9) su volumen aumenta durante el ataque, pero otras veces ocurre lo contrario, y es lo más frecuente, en tal evento este órgano, igual que el bazo, sufre una fuerte constricción (fig. 18). Sin embargo, una observación que relataremos ulteriormente en el capítulo de "s t a t u s e p i l e p t i c u s v a s c u l a r", nos enseña que el riñón puede ser asiento de intensos y significativos cambios de volumen, que preceden incluso a los cambios de presión.

El intestino delgado es un órgano que se modifica muy poco durante el ataque epiléptico. Era de esperar, según lo que hemos afirmado sobre el prevalecimiento del ortosimpático, que se manifestara una gran disminución de su tono muscular, pero sólo hemos visto lo contrario. Más de una veintena de observaciones nos indica que hay un leve aumento de tono e incluso del peristaltismo (Figs. 5, 6, 7 y 8), y en muchos casos absolutamente ningún cambio.

Finalmente, algunas observaciones, fueron verificadas sobre el volumen pulmonar, el que dadas las modificaciones que experimenta la caja toráxica durante el ataque es difícil de apreciar. En efecto, al iniciarse la fase tónica, el tórax se pone en inspiración o espiración forzada. No obstante, nos parece que el volumen pulmonar aumenta separadamente por un efecto relajador sobre la musculatura bronquial originada por la ortosimpaticotonía y por la descarga adrenalínica. (Fig. 24).

No hemos verificado un estudio especial de las secreciones, pero creemos interesante citar la observación siguiente: en algunos perros curarizados se presentaba después del ataque una fuerte sialorrea; si luego, a continuación, provocábamos otro ataque o éste se presentaba espontáneamente, la sialorrea desaparecería durante el mismo y se restauraba tiempo después. Recordaremos que FR. FRANCK ha señalado una influencia inhibidora de la fase tónica sobre la secreción de saliva, y una estimulante de la fase clónica.

Recapitulando, en algunos órganos encontramos pruebas de una acción paroxística ortosimpática (corazón, pulmón, riñón, bazo, suprarrenal) y en otros de un efecto paroxístico parasimpático (corazón de los perros espinales, vejiga e intestino de los intactos).

LAS REACCIONES EPILEPTICAS NEUROVEGETATIVAS EN LOS PERROS DESCEREBRADOS

En esta sección comprendemos una serie de experimentos que en este estudio simplemente soslayamos, pues han de ser tema de un

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

trabajo ulterior. Se trata de observaciones que se encuentran aún verificándose y aquí sólo presentamos lo indispensable para una mejor ilustración del problema que nos ocupa.

La técnica ha sido la siguiente: anestesia al éter, trepanación y luego ablación completa de la masa cerebral con cortes a diferente nivel en el tronco encefálico; algún tiempo después, mínimun una hora, se emprendían las observaciones de epilepsia experimental.

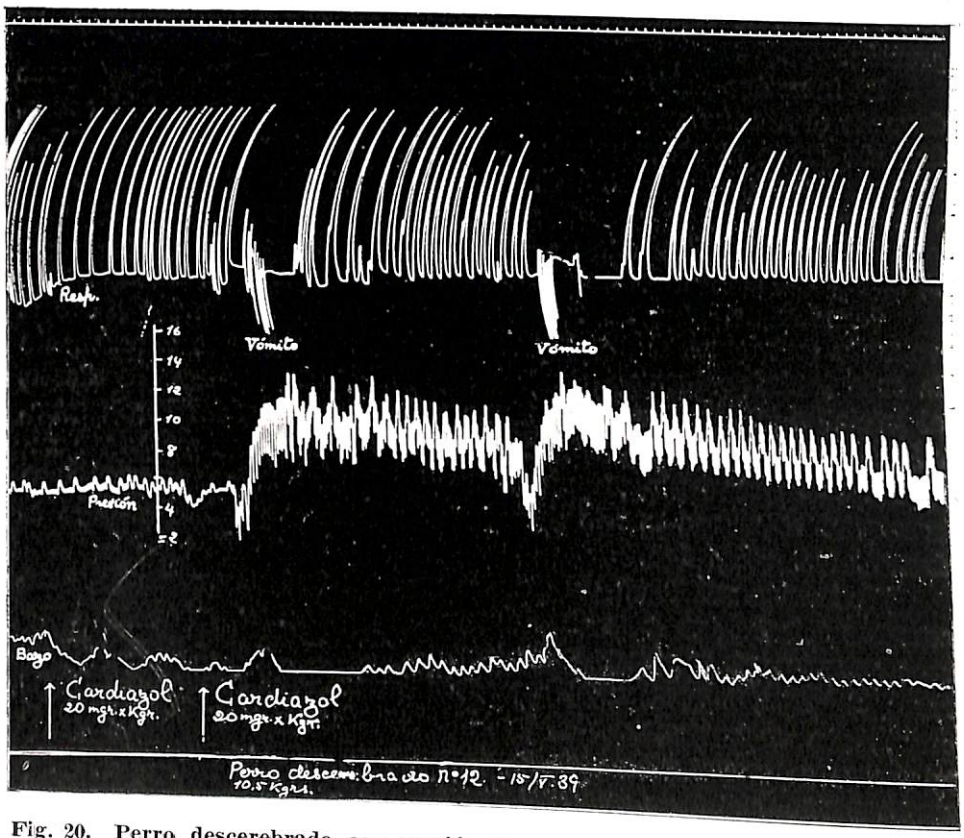


Fig. 20. Perro descerebrado con sección transversa en la parte media del mesencéfalo. Respiración, presión y bazo. Obsérvese que el efecto hipertensivo es más apreciable que en el perro protuberancial, y que la hipertensión se manifiesta sin convulsiones.

En los perros protuberanciales—es decir en aquellos en los cuales se ha extirpado todo lo que está por encima de la protuberancia—no se manifiestan reacciones epilépticas, neuromotoras, ni aún con altas dosis de cardiazol; sin embargo, la inyección epileptógena de este analéptico determinaba una discreta y rápida elevación de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

presión, como puede observarse en la fig. 19. En este caso se puede afirmar que la reacción vascular es completamente independiente de la reacción neuromotora. En otros términos, en una preparación en la cual no puede suscitarse una reacción epiléptica neuromotriz es posible una reacción epiléptica neurovegetativa, lo cual indicaría que esta última es, a buen seguro, una reacción más constante, enérgica y sensible que el mismo fenómeno convulsivo. Esto podría conducirnos hasta el extremo de afirmar que los fenómenos neurovegetativos son más fieles e intensivos que los fenómenos neuromotores o convulsivantes. Creemos que esto es muy verosímil, no sólo por la comprobación que nos ofrecen nuestros perros descerebrados, sino también por algunas observaciones en los perros intactos parcialmente curarizados, que presentaban intensísima y total hipertensión aún en los casos en que sólo estallaban fugaces mioclonías.

Pero tenemos una experiencia aún más sugestiva. En ciertos perros descerebrados—incluso en algunos que tienen el mesencéfalo parcialmente conservado—no se presentan convulsiones con las dosis ordinarias, siendo en cambio frecuentes las reacciones de náusea y vómito paroxísticos, que aparecen en estos casos como equivalente del ataque. Pues bien, es muy significativo comprobar que durante estas emesis paroxismales la presión se eleva bruscamente. Este fenómeno se puede repetir varias veces, como se puede ver en la fig. 20.

Es posible que resultados experimentales de este tipo den respuesta a la segunda pregunta que nos formulábamos al comienzo de este escrito, y esta respuesta es en el sentido de que l a s a l t e r a c i o n e s n e u r o v e g e t a t i v a s n o s o n f o r z o s a c o n s e c u e n c i a d e l a s a l t e r a c i o n e s n e u r o m o t o r a s, de las convulsiones. La descerebración en este caso, también nos permite desmembrar el síndrome epiléptico, haciéndonos ver que él está integrado por una serie de factores hasta cierto punto entre sí independientes, y que por el experimento es fácil separar. Este es un criterio que hemos sustentado en un estudio, publicado en esta misma revista, sobre la epilepsia experimental del gato descerebrado, y que nuestros actuales trabajos nos confirman cada vez más, por ejemplo en las observaciones aún inéditas sobre la epilepsia de los insectos. La existencia de un centro convulsivante de donde parten todos los fenómenos es una hipótesis que carece de todo fundamento experimental, y si alguna vez nosotros conside-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

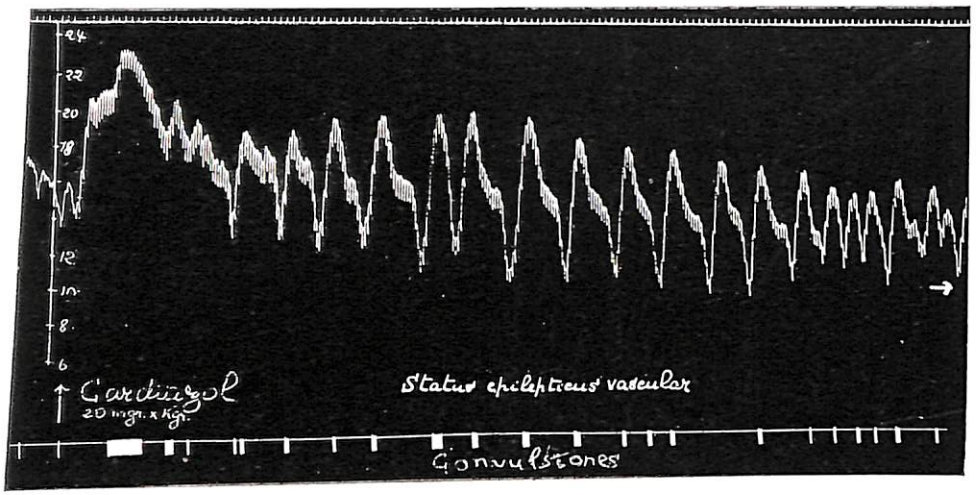


Fig. 22. Perro curarizado. Presión arterial. Status epilepticus vascular. Cada señal eléctrica corresponde a una crisis convulsiva larvada, gracias a la incompleta curarización. La flecha terminal indica que el fenómeno se prosigue.

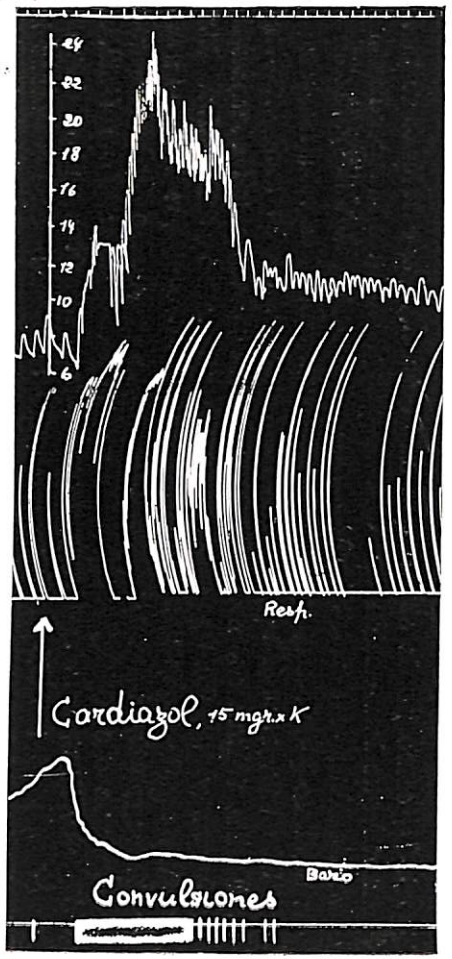


Fig. 21. Perro diencefálico (mesencéfalo y diencéfalo conservados). Presión arterial, respiración y bazo. Repárese en que la hipertensión es mayor que en el perro descerebrado con mesencéfalo parcialmente destruído.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ramos en serio la posibilidad del mismo, fué en la época en que aún no habíamos adquirido la experiencia de que ahora disponemos en estas cuestiones.

Respecto a los perros que tienen mesencéfalo intacto lo único que cabe decir es que ellos se comportan como los perros normales: sufren convulsiones, hipertensión, esplenoconstricción, etc., la única diferencia está en que la hipertensión es menos intensa (fig. 21).

EL STATUS EPILEPTICUS VASCULAR

En este capítulo vamos a estudiar un peregrino y raro fenómeno fisiopatológico, por lo que podemos saber aún no descrito, que nosotros designamos con el nombre de status epilepticus vascular.

Cuando a un perro intacto se le inyecta una fuerte dosis de cardiazol entra en un estado de convulsiones intercurrentes que en la mayoría de casos termina con la muerte. Es semejante al s t a t u s e p i l e p t i c u s de los clínicos. En el perro ha sido considerado en uno de nuestros anteriores trabajos, habiendo observado que la hipotensión arterial es una de sus complicaciones más graves y frecuentes. En efecto, por una causa que al presente es incógnita, pero de la cual tenemos fundadas sospechas, a medida que se desarrollan las convulsiones la presión se derrumba, hasta llegar casi a 0.

Algo muy diferente ocurre en los perros curarizados en los cuales hay s t a t u s e p i l e p t i c u s s i n e a g i t a t i o n e, es decir, los centros nerviosos se encuentran en estado epiléptico, pero sus impulsos no llegan a la fibra muscular estriada. En este caso se manifiesta la epilepsia neurovegetativa, pués por un artificio experimental se ha desmembrado el síndrome. Nuestra satisfacción fué muy grande al advertir que en estas condiciones, por efecto de la curarización, la hipotensión no se presenta, sino al contrario, una prolongada y fuerte hipertensión. Esta hipertensión es muy irregular, pues sobre ella se destacan mayores elevaciones paroxismales que coinciden, en los perros en que la curarización no es absoluta y que dejan percibir leves contracciones musculares, con las convulsiones intervaladas.

Aquí hay dos cuestiones a considerar. La primera ¿porqué se manifiestan progresivas elevaciones de presión sobre una meseta hipertensiva?; segunda ¿por qué la hipertensión se mantiene en vez

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de manifestarse el shock vascular de los status epilepticus de los perros no curarizados?

La primera cuestión es más fácil de considerar. Según nuestras reflexiones y resultados experimentales anteriores, existe una reacción epiléptica de los centros neurovegetativos y consecuentemente también de los centros vasoconstrictores. Si es así, ellos podrían también entrar en status epilepticus, como los centros motores, si es que las causas que suscitan al shock vascular son reprimidas. Tal cosa se consigue por el curare. Entonces se nos ofrece el tipo s t a t u s e p i l e p t i c u s v a s c u l a r, que es un continuo de r e a c c i o n e s p a r o x í s m a l e s c o n v u l s i v a s d e l o s c e n t r o s v a s o c o n s t r i c t o r e s. La curva de presión entonces, como puede verse en las figs. 22, 23, 24 y 25, parece una gran cordillera sobre la cual se destacan altos y seriados picos. En este caso, la curva de presión tiene un evidente parecido con el miograma: este último, sobre todo en la fase clónica, manifiesta un estado de hipertonía con bruscas contracturas intervaladas; con la presión ocurre lo propio, una hipertonía tensional sobre la que se insertan descargas paroxismales, cuya característica es, como puede verse en los ejemplos que ofrecemos, una subida súbita y un lento descenso, simulando la curva del acceso único. Hay muchas curvas de status epilepticus vascular, pero en lo fundamental, aún con sus discrepancias, ellas se parecen.

En algunos casos junto a los fenómenos vasculares se descubren status epilepticus para cada órgano, y es natural que ocurra así puesto que el proceso es central. En nuestras figuras se pueden ver status epilepticus en el riñón, (fig. 23) La curva del status epilepticus de este último órgano (fig. 23) es original, pués la brusca contracción del riñón precedía en este caso a cada paroxismo hipertensivo.

La segunda pregunta es menos fácil de resolver. Encierra grandes incógnitas. El hecho incuestionable, y que requiere nuevas investigaciones, es que la reacción epiléptica neurovegetativa es muy diferente según se desarrollen o no las convulsiones. Como los fenómenos centrales son los mismos, en el perro curarizado o indemne de drogas, debemos pensar que las diferencias dependen de un factor periférico, seguramente de una substancia hipotensora originada en la unión mioneural o en el músculo mismo, cuya naturaleza es en este momento desconocida.

Hemos verificado más de 200 inyecciones de cardiazol en unos 60 perros curarizados y jamás vimos manifestarse hipotensión; esto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

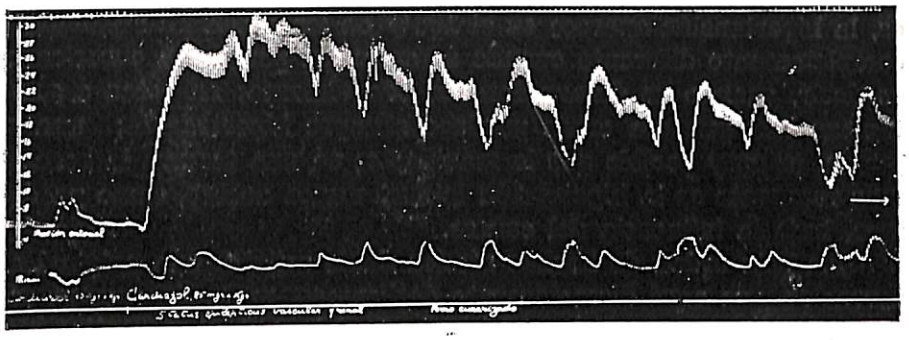


Fig. 23. Perro curarizado. Presión arterial y riñón. Cada nueva crisis hipertensiva del status epilepticus es precedida de un súbito aumento del volumen renal.

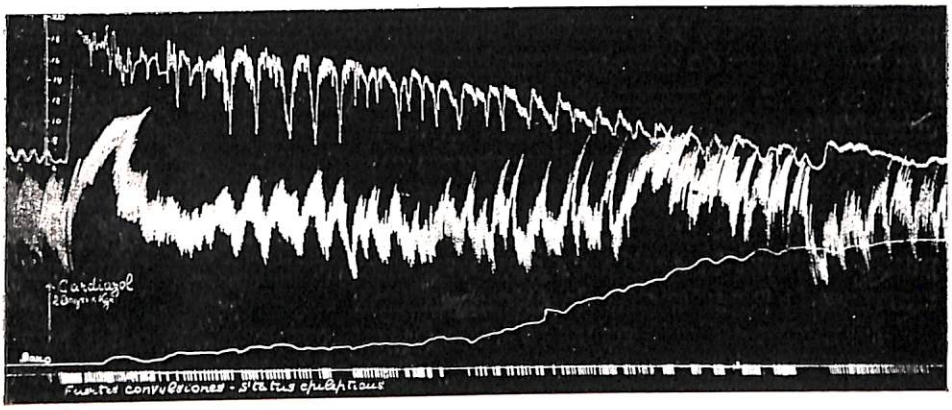


Fig. 24. Perro curarizado. Presión arterial, presión intratoráxica y bazo. El volumen del bazo aumenta a medida que se desarrollan las convulsiones larvadas, con status epilepticus vascular, y a medida que desciende la persión.

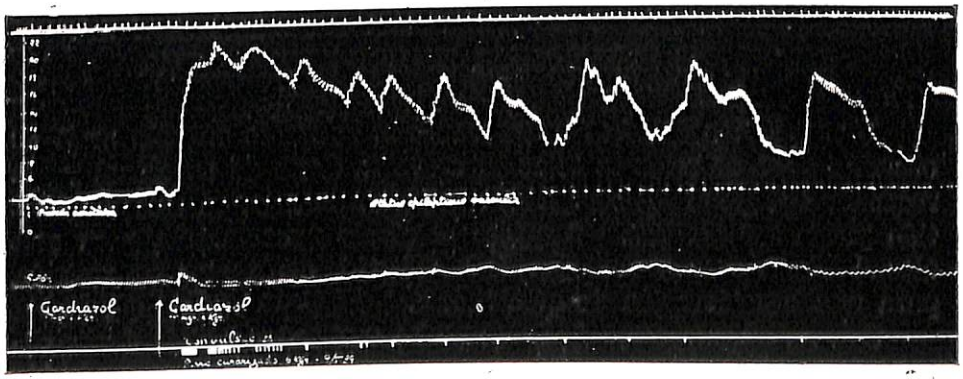


Fig. 25. Perro curarizado. Presión arterial y riñón. La primera inyección de cardiazol, de 5 mgr. por kilo de peso, no produce ninguna modificación de la presión, y la siguiente, de 15 mgr. por kilo, produce una hipertensión de 17 cm. Hg y status epilepticus vascular.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

es, la hipertensión aparece en el 100% de los casos. El resultado es completamente diferente cuando se actúa en perros no curarizados, es decir, cuando se desarrollan las convulsiones: en estas circunstancias una primera crisis produce siempre hipertensión; una segunda, es muy posible que la manifieste; en una tercera la reacción más frecuente es la hipotensión lo cual nunca ocurre, como ya dijimos, bajo la influencia del curare.

En este orden de hechos séanos dable señalar una original observación que aquí discretamente deslizamos, pués disponemos sólo de un ejemplo en nuestra casuística, pero demasiado sugestivo para no recordarlo. Corresponde él a la fig. 23 en que se nos presenta el status epilepticus neurovegetativo de un perro que recibió una fuerte dosis de cardiazol. Este perro, por suerte no estaba completamente curarizado, y presentaba discretas convulsiones intervaladas y a medida que de ellas progresaban la presión descendía de lo normal, es decir, se presentaba el shock vascular de los animales no curarizados. En estas condiciones la reacción del bazo nos aporta un revelador indicio: a medida que se manifestaba el shock vascular el bazo aumentaba considerablemente de volumen, como puede verse en el gran ascenso del esplenograma de la fig. 23 de lo cual puede inferirse la acción de algún principio vasodilatador que contrarresta la hipertensión de origen central.

El status epilepticus ya se trate del neurovegetativo o del neuromotor debe ser una reacción muy compleja, con la participación de todo el sistema nervioso, principalmente del cerebro, pués los animales descerebrados no la experimentan nunca. El luminal sódico lo hace desaparecer rápidamente.

RELACION ENTRE LA DOSIS DE CARDIAZOL Y LA REACCION EPILEPTICA NEUROVEGETATIVA

Un problema que nos ha preocupado bastante en esta serie de observaciones es el de la relación entre la dosis de cardiazol y la reacción epiléptica neurovegetativa. Naturalmente, la misma cuestión puede ser planteada respecto al efecto neuromotriz, pero este último ofrece menos ventajas con métodos ordinarios de trabajo, para una consideración de esta índole.

Con un gran número de drogas, con casi todas podría decir, obtenemos acciones farmacológicas cuya intensidad está en relación con la dosis cuando se introduce al organismo en progresión geo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

métrica. Por lo menos esto es lo que ocurre entre los límites de determinada zona manejable. Existe, entonces, en cierto margen, una proporcionalidad entre la dosis y la reacción que suscita, naturalmente considerando factores circunstanciales que pueden perturbar el proceso. Con el cardiazol, y en general con las substancias de este tipo, ocurre algo completamente diferente, porque no hay ninguna relación entre las dosis y los efectos que producen (v. la fig. 10); es muy difícil obtener efectos fraccionados cuando se aumentan

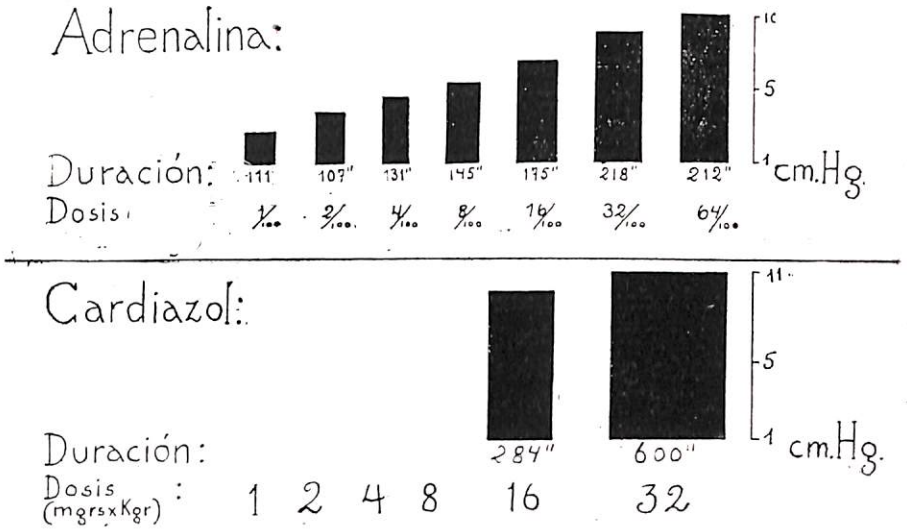


Fig. 26. Estudio comparativo de las acciones hipertensivas de la adrenalina y del cardiazol. Cada uno de los rectángulos representa la modificación de presión que se produce por dosis que van aumentando en progresión geométrica. La elevación de la presión, representada por la altura de cada cubo, está calculada en centímetros de Hg, con la reducción correspondiente; y la duración, por su anchura, anotándose, además, el número de segundos de cada reacción hipertensiva. Obsérvese la gran diferencia entre la serie de la adrenalina y la serie del cardiazol; en este último caso las primeras dosis son inefectivas y la reacción se suscita súbitamente desde la 5a. inyección. Las dosis de adrenalina son centésimos de miligramo y las de cardiazol miligramos por kilo de peso.

las dosis en progresión geométrica como sería posible hacerlo, por ejemplo, con la adrenalina o con cualquier hipnótico; o bien, si es posible obtener pequeños efectos con dosis pequeñas, como se vé en la fig. 26, éstos son tan desproporcionados que cabe afirmar que se trata de fenómenos diferentes. En efecto, con dosis de 5 mgrs. por kilo de peso—no convulsivantes—determinamos elevaciones de presión que no pasan de 1 cm. Hg; con dosis de 10 o 15 mgrs. por kilo, producimos una hipertensión—con crisis convulsiva—que pue-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de ser de 10 ó 20 cm. Hg., es decir, no el doble, o triple sino 10 ó 30 veces mayor. Hay, pues, una zona, que podríamos llamar el umbral de la reacción epiléptogena, a partir de la cual estalla un efecto máximo. Esta observación también favorece a la hipótesis de una epilepsia neurovegetativa. También es posible apreciar la relación de la concentración del cardiazol y de su efecto hipertensivo, practicando inyecciones lentas (figs. 11 y 17): en ambos casos se observa que la hipertensión aparece en forma paroxística cuando la concentración llega a cierto límite.

En la fig. 26 expresamos esquemáticamente el resultado de un estudio comparativo entre los efectos que sobre la presión arterial tienen la adrenalina y el cardiazol. Sólo con la primera substancia se obtienen—por supuesto que únicamente entre los límites de una determinada zona manejable—respuestas que ofrecen alguna relación con la dosis inyectada, cuando esta varía en progresión geométrica. El esquema en este caso nos ofrece el promedio de 3 experimentos en diferentes perros y en idénticas condiciones; aunque las relaciones entre la dosis de adrenalina y la hipertensión no son matemáticamente proporcionales, pues la respuesta no crece como la dosis en progresión geométrica, de todas suertes se comprueba un aumento progresivo de la intensidad y duración de las hipertensiones, lo cual se objetiva en el esquema. Verificando el mismo experimento de las dosis seriadas con el cardiazol el resultado es muy diferente, pues es imposible obtener la relación de proporciones entre dosis y reacción. Los resultados son a tal extremo variables e imprevisibles que en nuestro esquema sólo esquematizamos un sólo experimento entre todos los que hemos realizado con cardiazol, pues cada uno de ellos nos ofrece una serie de correlaciones completamente diferentes, en oposición a lo que ocurre con la adrenalina. Esta determinación corresponde, sobre todo, a la hipertensión paroxística que se presenta simultáneamente al ataque epiléptico, y no a la discreta elevación de presión que suele manifestarse con dosis no convulsivantes. En consecuencia, la hipertensión epiléptica es, como las convulsiones mismas, un fenómeno crítico, que estalla súbitamente a partir de un determinado umbral de excitación, siendo muy raro o imposible que la reacción se desarrolle en forma progresiva, con lo cual perdería su carácter paroxismal o epiléptico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONCLUSIONES

Las observaciones experimentales aquí relatadas, y su confrontación con los conocimientos clásicos sobre las alteraciones neurovegetativas de la epilepsia producida por excitaciones eléctricas, nos inclinan a aceptar la existencia de una reacción típicamente epiléptica de los centros nerviosos ortosimpáticos y parasimpáticos originada por el cardiazol. Como en el caso de los centros motores de la vida de relación son los centros vegetativos del tallo cerebral, del bulbo, protuberancia y mesencéfalo, los que están mejor capacitados para reaccionar epilépticamente. Los centros vegetativos medulares, como puede inferirse de las experiencias practicadas en animales espinales, no tienen propiedades epileptógenas; y en cuanto alude a los centros vegetativos basilares y corticales se puede decir, fundándose en la observación de que el status epilepticus es muy raro o no se presenta desde que se hace una sección subtalámica, que ellos tienen seguramente propiedades epilépticas, cuyo efecto se suma, en el estado de gran mal, a los impulsos epilépticos neurovegetativos del tronco cerebral.

Debemos, sin embargo, hacer una reserva muy importante, y que es aplicable también a la epilepsia neuromotriz. Cuando decimos que sólo los centros neurovegetativos supraespinales tienen propiedades epilépticas no estamos seguros si tal propiedad existe como algo inherente y particular de tales centros, o resulta de la acción conjugada de los mismos con los centros vegetativos inferiores, espinales y ganglionares. Es muy probable que la reacción epiléptica sea favorecida, por lo menos, por la suma de impulsos provenientes de distintos estratos y no exclusivamente por un disturbio diencefálico, según la opinión sostenida por SALMON, MÜLLER, PENFIELD, FRISCH, WILSON, MORGAN y otros. En la actualidad verificamos algunos trabajos con el propósito de resolver esta importantísima cuestión.

Entre la epilepsia neurovegetativa y la neuromotora encontramos dos diferencias muy importantes. La primera de ellas consiste en que la reacción neurovegetativa, aunque iniciada con la misma brusquedad que la primera, efecto detonador, es luego mucho más lenta y prolongada; si la duración del ataque epiléptico neuromotor puede calcularse en segundos, la neurovegetativa puede

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

serlo en minutos. La segunda diferencia estriba en la falta de un verdadero estado de inhibición o agotamiento postconvulsivo del sistema nervioso vegetativo—excepción hecha de las experiencias en animales no curarizados—lo cual fué señalado ya, en otra época, por FR. FRANCK. Sin embargo, tenemos algunas razones para pensar que esto no es muy exacto. Lo que más se altera a consecuencia de las convulsiones es el sistema de reflejos, y estos, como lo hemos señalado en un trabajo anterior están bastante perturbados después del ataque (en especial el óculo-cardíaco y el resultante de la faradización del cabo central del neumogástrico); lo cual nos lleva a considerar que aún apesar del mantenimiento de una elevada presión y del tono neurovegetativo de las vísceras, hay una depresión de ciertas funciones más delicadas y complejas del ortosimpático y del parasimpático. Por este motivo séanos dable anotar la posibilidad de un estado de inhibición ó agotamiento neurovegetativo consecutivo al ataque

Hay, finalmente, un hecho muy general que debemos destacar, pues tiene un valor por igual fisiológico y fisiopatológico y es que en el sistema nervioso vegetativo además de sus conocidas funciones tónicas y reflejas, existe una tercera modalidad funcional, muy mal comprendida hasta ahora, y esta es la función que en el terreno patológico experimental llamamos epiléptica, pero que seguramente tiene importancia mucho mayor que ser un simple apéndice de este fenómeno de la patología nerviosa.

En cuanto toca al ataque epiléptico en sí mismo el actual estudio asegura, una vez más, un criterio fisiopatológico que nosotros venimos sosteniendo, según el cual aquél no es otra cosa que la suma de alteraciones de la misma calidad suscitadas en centros situados a distinto nivel, y que por artificios experimentales es dable aislar (desmembración del ataque epiléptico). En otra oportunidad hemos señalado, en el gato descerebrado, la desmembración de las fases tónica, clónica y de movimientos rítmicos. En este caso nos es posible indicar como dos entidades hasta cierto punto independientes las reacciones neuromotoras y neurovegetativas. El método de las descerebraciones a su vez nos indican que estas últimas pueden a su vez disgregarse cuantitativamente (por las ablaciones seriadas del neuroeje), y cualitativamente (por bloqueo farmacológico del ortosimpático o del parasimpático, o por la sección subbulbar).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RESUMEN

Una serie de observaciones experimentales en 90 perros, y utilizando diferentes procedimientos de investigación, nos permite llegar a los siguientes resultados.

1. No sólo existen simples alteraciones neurovegetativas en el ataque epiléptico, sino que hay una verdadera reacción epiléptica del sistema nervioso vegetativo, comparable a la crisis epiléptica neuromotora porque comienza súbita e intensamente, se suscita por los mismos estímulos y puede ser inhibida, como ella también, por los hipnóticos y anestésicos generales; se diferencia, en que es más prolongada y más lenta en desaparecer, en lo cual denuncia su naturaleza vegetativa.

2. Los estímulos epilépticos neurovegetativos tienen doble naturaleza, son ortosimpáticos y parasimpáticos, se originan en los centros superiores correspondientes y descienden respectivamente los primeros por la medula y por los nervios simpáticos que de allí parten a las vísceras; y los segundos por los neumogástricos y demás nervios parasimpáticos. En condiciones normales priman los impulsos epilépticos ortosimpáticos y sólo en el perro espinal es posible evidenciar los parasimpáticos.

3. Las principales reacciones de la epilepsia neurovegetativa estudiadas aquí, son las siguientes: hipertensión, esplenoconstricción, taquicardia y bradicardia (parálisis diastólica e hipotensión en el perro espinal), contracción de la vejiga urinaria, modificaciones diversas del volumen renal, aumento del volumen pulmonar y leve aumento del tono intestinal. La hipertensión no siempre se inicia al mismo tiempo que las convulsiones, puede aparecer antes o después con brevísimo intervalo de diferencia.

4. Dosis muy altas originan un estado de mal epiléptico neurovegetativo, que por su semejanza y paralelismo con el síndrome de las crisis epilépticas a repetición, denominamos status epilepticus vascular. Tal reacción sólo se manifiesta en los animales curarizados y no en aquellos que experimentan convulsiones, en los cuales en vez de status epilepticus vascular se presenta hipotensión, originada, posiblemente, por metabolitos o substancias hipotensoras desconocidas que se producen a nivel del músculo durante las convulsiones. Ni el status epilepticus vascular ni el neuromotor se presentan en los perros descerebrados.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

5. Es muy posible que la epilepsia neurovegetativa, sea en cierto grado independiente de la epilepsia neuromotora, por lo menos en ciertos perros descerebrados se obtiene sólo la primera y no la segunda, lo cual constituye un nuevo ejemplo de desmembración del ataque epiléptico.

6. Es discutible si se presenta en el sistema nervioso vegetativo, como en el de la vida de relación, un estado de inhibición o agotamiento postconvulsivo. Nuestras observaciones afirman este criterio.

7. Otros muchos detalles son referidos en el texto (relación entre la reacción epiléptica neurovegetativa y la dosis, importancia de las suprarrenales, reacciones paradójicas con la atropina y yohimbina, etc.) La conclusión fundamental es que el sistema nervioso vegetativo, lo mismo que el sistema nervioso motor de la vida de relación, tiene la propiedad fundamental de reaccionar en forma paroxística o epiléptica, y que dicha propiedad reside sólo en los centros situados en el tronco cerebral y no en los centros neurovegetativos medulares ni en los ganglios.

BIBLIOGRAFIA

CESTAN, Les épilepsies, Paris, 1923.—O. CROUZON, Le Syndrome Epilepsie, Paris, 1929.—O. CROUZON, Acquisitions récentes concernant la symptomatologie et aidant au diagnostic. **Revue Neurologique,** 1932, t. I, N° 6.—FRANCOIS FRANCK, Lecons sur les fonctions motrices du cerveau, Paris, 1887. — C. GUTIERREZ-NORIEGA, Acerca del origen y mecanismo de las convulsiones producidas por el cardiazol en los gatos descerebrados. **Rev. de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 3.—C. GUTIERREZ-NORIEGA, F. ALARCO y H. ROTONDO : Convulsiones producidas por la coramina en gatos descerebrados. **Rev. de Neuro-Psiquiatría,** 1938. N° 4. — C. GUTIERREZ-NORIEGA, Observaciones sobre la reintegración funcional postconvulsiva. **Act. Médica Peruana,** 1938, t. IV, N° 8.—V. G. HAURY y CH. M. GRUBER, The action of Pentamethylenotetrazol (metrazol) on circulatory system. **The Journ. of Pharmacology and Exp. Ther.** 1939, N° 3.—H. LAMY, Epilepsie corticale, en "Dic-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tionaire de Physiologie" de Richet, t. V, Paris, 1902.—L. J. J. MUSKENS, L'epilepsie, Paris, 1928.—K. ORZECHOWSKI: Relationship of the autonomic nervous system to the pathogenesis of epilepsy. **Arch. of Neurology and Psychiatry,** t. 38, N° 1.—PH. PAGNIEZ, L'epilepsie, Paris, 1929.—PH. PAGNIEZ, Acquisitions récentes sur la physiologie pathologique et la pathogenie de l'epilepsie. **Revue Neurologique,** 1932, t. I, N° 2.—CH. RICHET, Convulsions, en "Traite de Physiologie Normale et Pathologique" de Roger y Binet, t. IX, 1933.—ALBERT SALMON, Quelques données experimentales et cliniques á l'appuí d' un centre végétatif épileptogéne dans la région diencéphalique. **Revue Neurologique,** 1932, t. I, N° 6. — PAUL YAKOVLEV, Neurologic Mechanism concerned in epileptic seizures, **Arch. of Neurology and Psychiatry,** T. 37, N° 3.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

HISTORIA E ICONOGRAFIA DE UN ESQUIZOFRENICO

Por **ARTURO JIMENEZ BORJA**

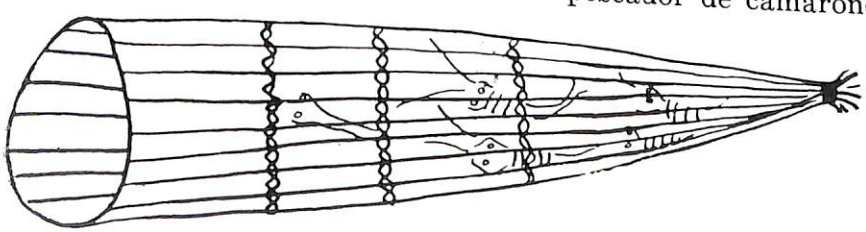
Tratamos aquí de la vida del enfermo D. M., del servicio del Dr. HONORIO DELGADO, que invitado a trabajar por el médico jefe se produjo en forma extraordinaria. Dibujó una inmensa cantidad de láminas en las que glosa su experiencia vivida. También escribió una autobiografía, titulada "Historia de mi vida", de la cual citaremos varios fragmentos.

Nació D.M. en un cuarto que estaba siempre en sombra, pues la única ventana había sido clausurada, pasó allí sus primeros días como dentro de una cueva. La madre notó que el niño "era orinón. que dejaba continuamente las sábanas empapadas". Más tarde lloraba sin motivo dando grandes ayes; cuando hacía tales aspavientos le decían "guayriento".

La madre era muy laboriosa. lavaba, cocía y hacía pan para los indios que llegaban al pueblo. El pequeño cargaba chamiza para calentar el horno y se entusiasmaba cuando se amasaba dulces y galletas.

Le gustaba al niño jugar con barro, juntar piedras y fabricar con greda húmeda hornitos y molinos, "tenía la costumbre de **hacer agujeritos en la tierra sin ningún objeto".**

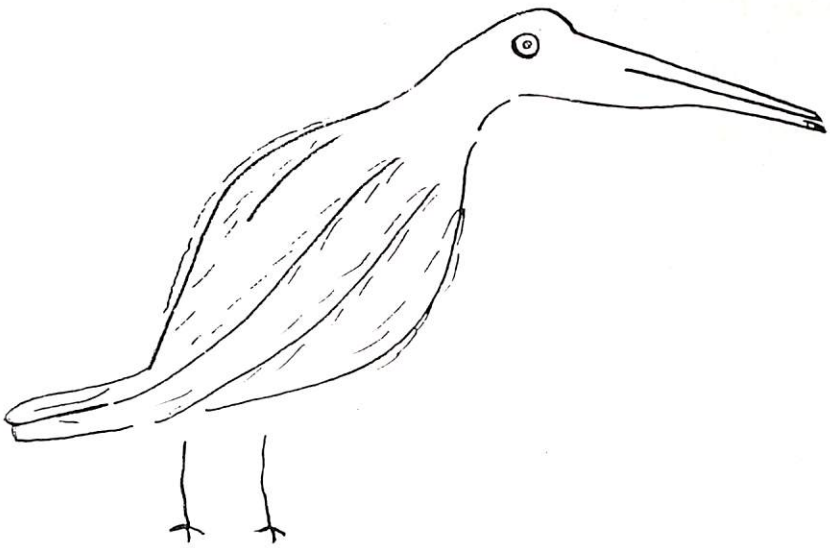
El pueblo donde nació estaba rodeado por una graciosa campiña, por medio de ella pasaba un río, que con las primeras repuntas de Enero bajaba lleno de camarones. Los campesinos los aprisionaban por medio de canastas de caña brava, que él conocía muy bien ya que su padre había sido en su juventud pescador de camarones.

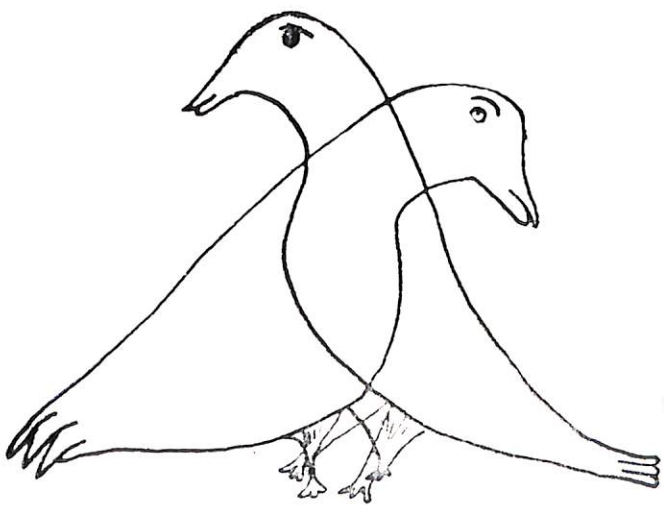


CAMARONES

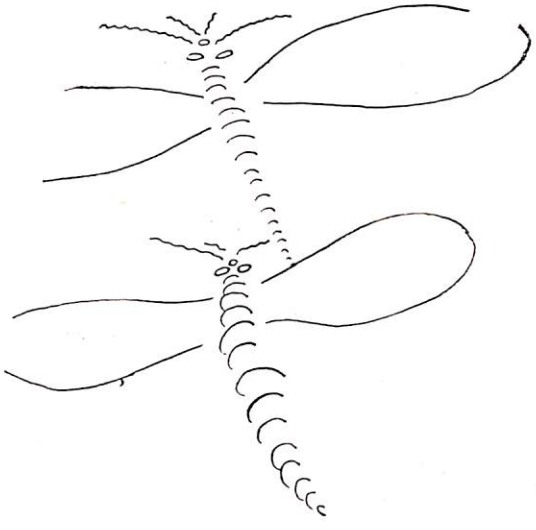
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se ausentaba a menudo de la casa vagando por los sembrados del valle. Conocía todos los pequeños animales de la campiña : los chihuancos, las palomas, las libélulas etc.





Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Cierta vez al pie de las primeras estribaciones de un volcán vió una aparición. Era una mujer extrañamente vestida... Esta visión lo hirió profundamente; empalideció y las fuerzas lo fueron abandonando. Tenía cinco años de edad. La madre asustada trajo a la casa varios curanderos, eran indios bolivianos que frotaron al enfermo con zumo de yerbas y sangre de diferentes animales. Uno de ellos le aplicó sobre el pecho un cuy de color negro y lo retuvo allí por largo rato. El brujo aseguró que el niño sanaría, y así fué. Esta era su primer contacto con el mundo de lo maravilloso. Por aquel tiempo su madre le tejió un lindo ponchito color de vicuña.

Siendo la fiesta de San Isidro Labrador, fué en compañía de su padre hacia una pampa cercana al pueblo. Labraban un terreno y la yunta roturaba tranquila el suelo. En un momento de descanso se acercó a los bueyes y quiso tocarles las astas. Los animales se espantaron e hicieron ademán de embestir dando bufidos. El niño cayó al suelo presa de extraño miedo. El padre y algunos amigos lo llevaron a casa, prodigándole por el camino muchos cuidados, sin lograr que se repusiera. La madre viendo que el pequeño se marchitaba, no tardó en llamar a los brujos. Llevaron al enfermito al lugar en donde había sufrido el susto y allí lo untaron con grasas especiales. Esta ceremonia estaba encaminada a "recuperar el ánima que la tierra había agarrado". Tenía por este tiempo seis años de edad y lo sobrenatural lo ungió por segunda vez.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Mientras chapoteaba el agua del río o caminaba perdido entre cañaverales, le parecía recibir avisos de acontecimientos próximos a realizarse. Los cantos de las aves, los chirridos de los insectos y cualquier ruido del campo era una suerte de **Voz de la Tierra.** Lo inanimado se suma y también de oculta manera se expresa. Un día vió **correr leche** por encima de los cerros: "era el anuncio de un nuevo diluvio". En otra oportunidad caminando por un arenal, del hueco de una piedra salió una voz: "pan y agua has de tomar". Al mismo tiempo sintió un hormigueo que le subía por todo el cuerpo. De regreso a su casa, contó a su madre esta experiencia y ya no quiso comer sino sólo esto. Su madre lo cuidaba mucho y como lo veía atento a todos estos avisos, le explicó que muchos ermitaños y santos se habían alimentado en igual forma.

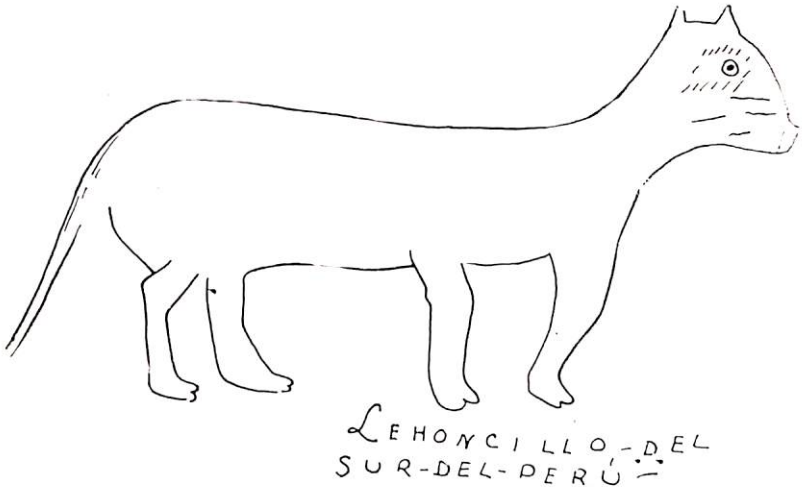
Se escapaba a mirar las puestas de sol desde la cumbre de un cerrito llamado "Calvario", y allí se estaba, ajeno a todo, por mucho tiempo... Y vió en cierta ocasión salir de la tierra un caballo hermosísimo de color oro que lo llamó por su nombre. Recordó entonces que de cierta piedra llana grabada con misteriosas huellas humanas grandes y chicas salían también mediada la noche, según los campesinos, otros muchos caballos de oro.

Asistía en el pueblo a una escuelita de primeras letras. Su adelanto era muy lento. Por las tardes, al salir de la escuela, lo atraían sobremanera los alfalfares llenos de flores moradas y los inmensos medanales. Vagando cierta vez por entre la arena vió una recua de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

venados que hacían con sus astas unos grandes huecos, desapareciendo por allí uno a uno. En el mismo sitio por donde se esfumaron encontró una alfombra de menudas hojas de colores, debajo de ella había azúcar blanca en polvo; escarbando un poco más halló una nueva capa de azúcar formada por granos gruesos y brillantes; más abajo todavía el azúcar se conglomeraba en grandes turrones.... Entonces pensó que todos los indios que había visto con sus cargas a cuestas llenaban allí sus costales.

Estando cierta vez en el campo oyó la voz de su padre. No lo vió pues en realidad el padre no estaba allí. Como por aquel tiempo corría la voz de que un leoncillo de la cordillera había bajado y estaba de correría por la campiña, supuso que su padre al ver la fiera se había asustado, "sufriendo la pérdida del ánimo o alma". Vagando por allí el alma, al verlo, lo llamó por su nombre.



Esta vida de maravilla contrastaba con la opaca existencia de sus hermanas que, sanas y sencillas, crecían como dos plantas. Sólo él quedaba de varios hermanos hombres; tres murieron pequeños a causa de trastornos de la nutrición y uno vivió hasta los dieciocho años, sobrellevando una vida salpicada de crisis convulsivas.

Sus progresos en la escuela seguían modestos; él mismo dice que "fué poquito a poquito adelantando". Era muy tímido y como llevara unos grandes zapatos de cuero lustroso, sus compañeros le decían "sonso-vaca". Por todo eso su madre lo cuidaba mucho y él la distinguía sobremanera. Pesaba en su ánimo esa misteriosa comu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nión entre la madre y la tierra, ya que fácilmente no podría olvidar las dos veces que intervino su madre, aliviándolo en sus enfermedades de la tierra o "sustos".

El padre miraba con disgusto a este hijo. Lo veía frágil e inútil. El había sido emprendor y fuerte. A los veintidós años se casó, aportando su mujer algunas tierras, que él laboró afanosamente. Era rudo y empecinado, y anhelaba "el logro" de este hijo. Instaló un pequeño comercio que alentaba vigorosamente; arrendaba campos, prestaba dinero y especies a los campesinos, sacando no pocas ganancias. Todo parecía responder a su fuerte voluntad e ímpetu. Nació un día once de Marzo y su hijo siempre atento a lo maravilloso había leído en uno de esos oráculos de almanaque: "El varón nacido en este tiempo será de carácter firme".

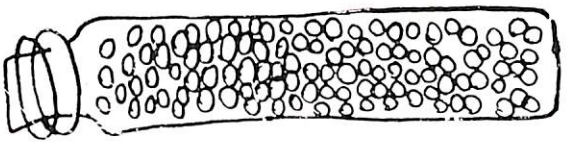
El niño había sufrido desde temprano la presencia del padre. Recibió de él muchos latigazos cuando no quería alimentarse. Había visto el repetido espectáculo de su beodez y áspero trato para la madre. Recordaba cómo regresaba a la casa en estado de semi-inconciencia. Una vez el padre llegó de noche muy atemorizado, había visto en medio de la calle una figura de mujer partida mitad a mitad. Volvió armado de un bastón y un revólver e hizo levantar de la cama al pequeño para que alumbrara el camino, sin encontrar nada.

El niño huía de su casa hacia los campos, que era una forma de huir de su padre. Solo y lejos, se perdía con facilidad por brillantes caminos... Y así halló una vez, en una pampa, unas grutas verdes; partía de ellas una quebrada por la que corría agua; desde allí se divisaba unos trigales. Se desnudó y así siguió caminando. Volaban en torno suyo muchos chihuancos con largos picos amarillos. De tras unas piedras salió una culebra. El suelo por donde discurría estaba hollado por muchas pisadas grandes y chicas. Crecían plantas como las que se usaban en su pueblo para techar las casas. Sobre una piedra sentada encontró llorando a una mujer en quien reconoció a una sirviente que lo cargaba de niño. Se vistió y durmió al aire libre. A la mañana siguiente hizo fuego sobre un montón de hojas secas y observó como se movían las llamas. Mirando arder las hojas recordó a su madre que hacía curaciones de la tierra. Y estando tan cómodo, pues aquello era el **Paraíso,** apareció de improviso su padre montado a caballo y lo sacó de allí.

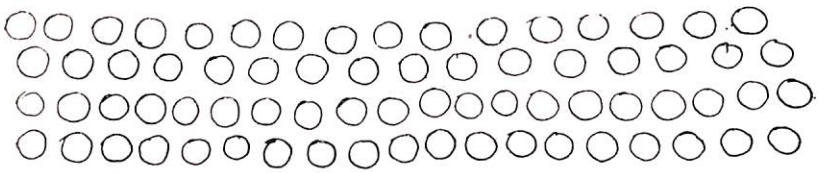
Por aquel entonces el padre se enfermó. La vida dura del campo y aquellos excesos a los que era dado lo postraron mucho. Tomó

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

entonces varias clases de píldoras, de esas que anuncian en los almanaques, y sanó. Esta cura impresionó mucho al muchacho y la memoria de las píldoras perduró por muchos años, apareciendo más tarde en numerosos dibujos.



Frasco conteniendo píldoras del Dr Ross.



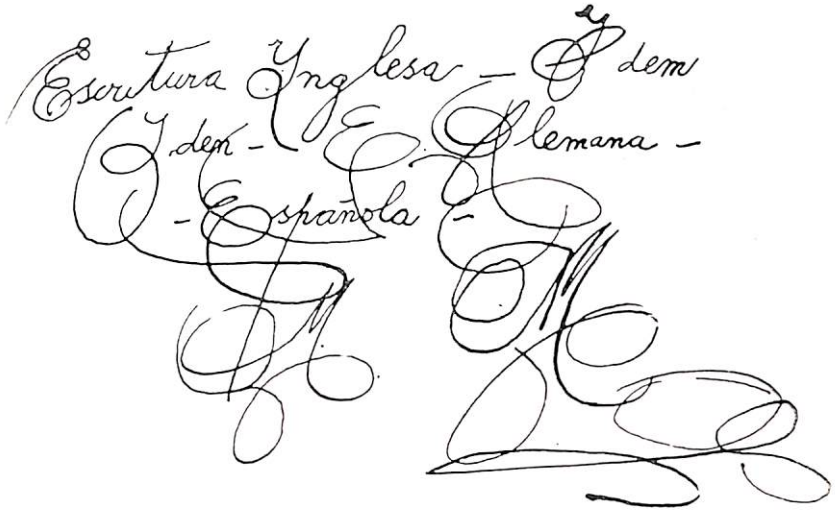
COPIA DE UNA ETIQUETA O ENVOLTORIO DE UNA CAJA DE MADERA EN LA CUAL VIENEN ENCERRADOS EN UN FRASQUITO DE VIDRIO LA MUNDIALES PILDORAS DE FOSTER PARA LOS MALES QUE AQUEJAN A LOS RIÑONES — FUERA DE UN ENVOLTORIO QUE SOBRE EL FRASQUITO VIENE CON LAS INSTRUCCIONES PARA SU USO

Los padres consultaron a sus amigos la conveniencia de enviar al muchacho a estudiar fuera del pueblo. Parece que todos animaron mucho y el viaje fué cosa hecha. La madre comenzó entonces a preparar la ropa que debía llevar el viajero. Tenía el pequeño estudiante doce años cuando su madre en persona lo condujo al colegio. Camino de la ciudad, el pueblito se fué perdiendo a lo lejos y con él toda su niñez.

Ya en el colegio, los compañeros lo molestaban durante los recreos. El se refugiaba en los salones de clases, en los rincones de las bancas, pegándose a la pared. En clase casi nunca daba buenas lecciones, salvo en la asignatura de caligrafía, en que se deleitaba

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dibujando las diferentes clases de letras y complicando los rasgos con difíciles lacerías. Muchos años después no olvidó estas aficiones y atildaba sus escritos con pretenciosos rasgos caligráficos.



La madre visitaba el colegio toda vez que podía. Emprendía un largo y fatigoso viaje, que para el muchacho resultaba un milagro, porque era como si la tierra tan lejana se aproximara. Su madre le traía siempre algunos regalos, entre los que nunca faltaban las frutas del valle.

Al llegar las vacaciones dejaba la ciudad y regresaba al campo. Sus antiguos amigos de escuela lo acogían de nuevo, entre ellos, Eliseo "gran comelón de bizcochos" y Bernardo "el loquito de la vice-parroquia". La vieja vida parecía reanudada, pero él notaba algo roto y desgajado dentro de sí.

Terminadas las vacaciones, la vida en el internado se sucedía obscura y triste. "Yo no jugaba con mis compañeros", dice. Sucedió cierta vez que uno de los alumnos mayores hizo exhibición de los genitales, masturbándose después. Algún tiempo más tarde, en ocasión de bañarse, su propia desnudez lo condujo, "por curiosidad", a masturbarse. Esta primera experiencia lo llenó de tristeza y quedó de rodillas sobre el suelo con el cuerpo inclinado hacia la tierra.

Terminaba su instrucción primaria cuando aconteció que varios de sus compañeros, él entre ellos, reunidos en secreto, se mostraron

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mutuamente los genitales. Mirábanse unos a otros cuando de improviso apareció el director del colegio; tomó los nombres de todos y fueron expulsados.

El padre volvió a matricularlo en otro colegio de la misma ciudad, en donde "fué recibido con mucho escrúpulo". De nuevo sobrellevó sus estudios con un esfuerzo y fatiga cada vez más notorios. A las postrimerías del tercer año de media, teniendo aproximadamente dieciséis años, el director del plantel, con mucha diplomacia, aconsejó el traslado del pupilo a la sección comercial "por ser más liviana y llevadera". Un buen día abandonó los estudios.

Y pasó cuatro años desde la salida del último colegio. Apenas si hay noticias de todo ese tiempo; quizá si esa pobreza de informes esté de acuerdo con una línea que escribe más o menos por ese entonces: "Notaba algo vacío, como algo que me faltaba". Se dedicó mientras tanto a leer códigos, reglamentos y todo libro relacionado con labores de los tribunales de justicia. Empleado primero en una escribanía, luego en un estudio de abogado y por último en otra escribanía, fué pasando el tiempo. Sentía "dolores de cerebro". Los tiempos libres recorría la ciudad cobrando predios municipales. Ganaba apenas, pero aun así se ingeniaba para hacer economías y prestarlas recaudando intereses subidos. No olvidaba mandar de cuando en cuando a su madre paquetes de yerbas medicinales para diferentes curaciones.

Como la salud empeoraba, regresó a su pueblo. Algo extraño debía acontecerle, cuando escribe: "no me daba cuenta clara de mi mismo". Seguramente resultó extraño a su hogar, del que siempre fugó simbólicamente en su vagabundaje por los campos. La casa era como anexo al negocio del padre y la madre estaba engranada sumisamente a esta maquinaria. Hacía chicha para vender a los campesinos, hilaba, preparaba almácigos etc. etc. El le enseñó entonces artículos del código pertinentes al trabajo de la mujer...

Sólo el campo, lleno siempre de voces y extraños sonidos, lo recibió de nuevo. Tornó a sus paseos y a escuchar su misterioso rumor. "No sabía—ha escrito—si pasaban años, meses o segundos".

El padre fué honrado con un puesto muy notorio dentro de la comunidad. Así investido emprendió varias obras de aliento: refaccionó la iglesia, plantó árboles, empedró calles etc. El hijo a su lado resultaba cada vez más insignificante. Este penoso sentimiento lo empujó a atentar en forma figurada contra el autor de sus días. Cierta vez, con un cuchillo que había preparado cuidadosamente, a-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

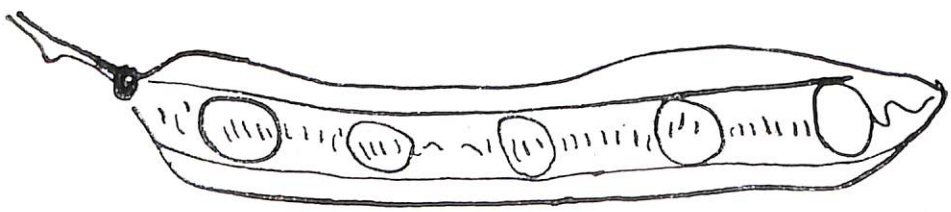
cometió unos sacos de azúcar, abriendo en ellos grandes heridas y derramándose el contenido por el suelo. La madre, al ver tal destrozo, cogió una vara y lo golpeó indignada. El se encogió y al levantarse dudó si el vivo dolor que experimentaba provenía de los golpes recibidos o de una supuesta enfermedad. Para cerciorarse puso una mano en la cintura, como en la conocida figura de las píldoras de Foster, y se afirmó a sí mismo que el dolor no tenía por origen los golpes de la madre. Recordó entonces que su padre había sufrido una enfermedad renal que mejoró con píldoras de Foster y lo hizo culpable de su dolor.

Una creciente falta de afecto marchitaba las maltrechas relaciones familiares. Esta mala disposición culminó cierta vez en que estando el padre lavándose, el hijo se aproximó con intención de agredirlo; el padre cogió una lampa y rápidamente se defendió con ella, procurando a su hijo una herida que sangró abundantemente. Muchos años después, ya asilado en el hospital, caminaba en algunas ocasiones con una mano en la cabeza, gimiendo, "estoy herido..."

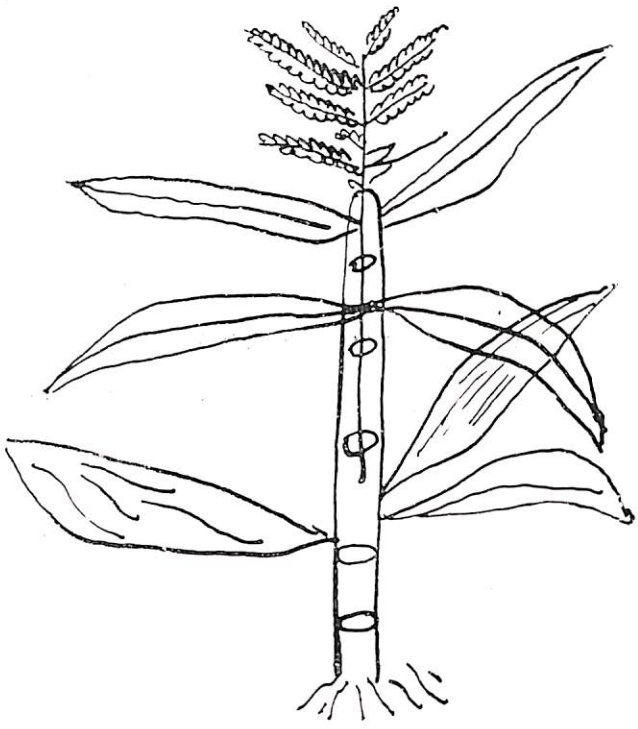
Continuamente experimentaba deseos de orinar. Su estado general era precario, estaba mustio, sin apetito y preocupado por un extraño sentimiento de transformación del ambiente: "veía—dice—a las personas como sombras, como si un rayo estallara delante de ellas y las obscureciera".

Los padres decidieron enviarlo a curarse a la capital. Lo acompañó en el viaje un tío ya viejo. A dos leguas de distancia de su pueblo sintió frío y se acordó de su poncho, aquel ponchito de color de vicuña con ribetes de seda que le regalara su madre...

Instalado en el Hospital encontró en los jardines y campos que rodeaban a su pabellón una suerte de pequeña campiña semejante a la de su pueblo y se entregó a ella plenamente. Dibujó por esta época multitud de láminas en donde aparecen todos los dones de la tierra, frutas y plantas, cumplidamente descritas.



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Su raíz agrícola la descubre a cada momento. Arrancaba hojas y ramas del jardín a las que daba multitud de funciones. A veces fabricaba con pétalos de flores cigarrillos que fumaba muy contento, concediéndoles grandes virtudes: "sirven para calentar el organismo, para sacar los gases fétidos y alegrar el ánimo". Otras veces coleccionaba hojas y las introducía encartuchadas en el ojal de su americana, diciendo misteriosamente: "esto es salir y entrar". Fabricó con cierta clase de hojas cadenas, cinturones, pasadores para los zapatos etc., aprisionándose simbólicamente con ellos. Quizá recordando las curaciones a que era dada su madre, comía diferentes yerbas, diciendo que eran "medicina estomacal", que servían para "curar toda clase de enfermedades".

Concede a la tierra cierto misterioso rango. Una vez haciendo montoncitos de tierra se le oyó decir: "creo que hay viviendas debajo de la tierra, pues he oído voces de algunos conocidos de **mi madre**". Otra vez, metido en un hueco del jardín, decía que estaba sacando huesos, pues de niño había visto en su pueblo algunas tumbas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pre-colombinas; y que esos huesos servían para hacer otras personas y que quizá él fué hecho con ellos. En cierta oportunidad se dejó picar por un insecto hasta que apareció sobre la piel una gotita de sangre, entonces dijo: "Estos nacen sobre los cadáveres de nuestros antepasados y hay que alimentarlos". Así, todo lo hunde en la tierra con firmes y profundas raíces, que recuerda los viejos ritos de la **Madre Tierra** y el culto matriarcal a los antepasados.

El nuevo ámbito que lo acoge presenta a sus ojos una fisonomía particular: "He visto—dice—en las paredes de aquí como venas conteniendo sangre. Yo me he preguntado a donde va a parar la sangre de los bueyes y animales. Me parece que debe correr según el movimiento de la tierra y de los vientos". La realidad se hace expresiva y fisonómica. Comparó uno de los pasadizos del pabellón con el esófago, "pues pasan por él los pacientes como por el esófago pasan los alimentos". Siente que las cosas emanan olores nunca sentidos: "Mi cama huele unas veces a perro y otras a útero de mujer recién parida".

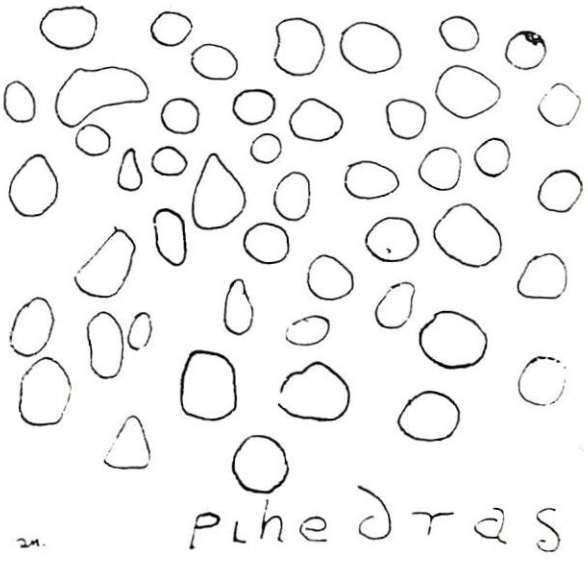
El pabellón y los pacientes allí alojados los tomó por un colegio con sus alumnos. Firmó muchas de sus planas literarias con el rubro "El alumno D.M." Pertenecen a esta época ricas caligrafías

cuya ejecución lo complació sobremanera. A la hora de la comida se ponía de pie y, santiguándose, rezaba con voz chillona. Pedía luego un papel a fin de pasar lista al alumnado. Algunas veces besaba las manos de las personas que se las tendían al saludarlo. Muestra de respeto que recuerda su época de escolar bajo la tutela de religiosos.

Su regresión es otras veces más lejana. Sus curadores lo sorprendieron a veces con un periódico sobre la cabeza diciendo "soy un balaycero" (el balay es una cesta plana que las campesinas llevan

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sobre la cabeza). Otras veces daba pasitos cortos como de niño o marchaba con paso militar. Le gustaba manipular excrementos o jugar con barro. En ocasiones hasta escribió con barro en lugar de tinta. Coleccionaba piedras que recolectaba por todo el jardín, haciendo después pequeños montones. Su gusto por ellas le llevó hasta dibujarlas.



El diseño que este enfermo hace de sí mismo es interesante: "D. M. es un señor alto y corpulento"; "ha sido amanuense de todos los juzgados de la ciudad, tasador y cobrador oficial jurídico y extraoficial de muchas casas comerciales"; "ha estado constantemente en pleitos de donde salía triunfante". Diseño grandioso que contrasta con el que esboza de sus compañeros de pabellón de quienes dice: "son habitantes al par que pequeños de singular forma y estatuaria".

Parece experimentar a veces una suerte de transformación sexual. Descosió en cierta oportunidad una costura de su pantalón y sentado en el suelo con las piernas flexionadas y abiertas introdujo por la rasgadura un alambre. Se revovía al mismo tiempo como si fuera poseído. Otras veces juntando los dedos índices y pulgares disponía una figura que recordaba el sexo femenino. Caminaba también con las piernas arqueadas, los talones casi juntos. Todo él "decía" de esta mutación. Tenía confesado también que algunas veces

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en lugar del órgano sexual masculino se había visto genitales femeninos. Hay un dibujo de este paciente en el que se advierte la clara coexistencia de los dos sexos. A. STORCH, comentando estas transformaciones, advierte que es probable que tengan un substrato endocrino y que otras veces sólo sean modos puramente simbólicos. *

Dibujos hay que dan cuenta también de otras experiencias y proporcionan cabal idea de la forma como el paciente las vive. Caminaba una temporada con las manos en las caderas y llevando en la cabeza un cajoncito lleno de retazos de papel. Explicó esta actitud diciendo: "antes en mi cabeza se congelaban, se hacían hielo el agua, el jabón etc.; por eso era enfermo, ahora que me robaron mi sombrero, que me hacía calor, lo estoy reemplazando y me está haciendo bien". Algún tiempo después se le vió con una cáscara de coco sobre la cabeza, dijo que se la ponía para resguardarse del frío. Hay cierta correspondencia entre esta aseveración y un informe dado por él en que declara que al venir de su pueblo, estando parado sobre la cubierta del barco que lo conducía, experimentó un gran frío; atribuye a él parte considerable de su enfermedad. El autor explica los dibujos diciendo: "es un hombre que le están saliendo pólipos de la nariz"; "en lugar de los sesos generalmente ablandados que tienen los hombres **tiene un pedazo de nieve,** él vive con ese pedazo".

* Véase HONORIO DELGADO: "Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas" **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, Nº 3, p. 344.

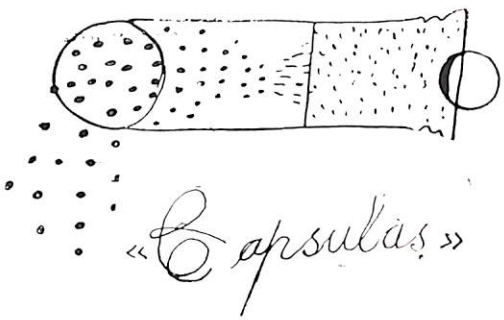
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

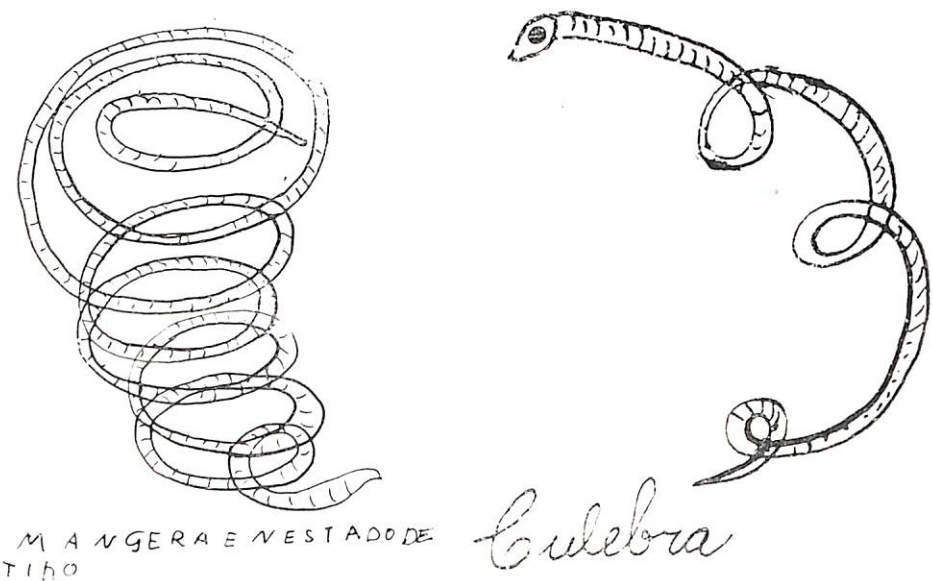
Los símbolos cobran en este paciente extraña vida. Concedía a sus zapatos desacostumbrado valor. Quitó los pasadores y en su lugar puso palitos de fósforos. Dió como explicación que se proponía abrir nuevos ojales. Esta conducta halla eco en otras maneras en que también se le vió introduciendo astillas de madera en los huecos de las paredes o frotando sobre el dorso de la mano un lápiz mientras movía misteriosamente el lápiz dijo "estoy sodomiando".

Grabó sobre la puntera de sus zapatos dos figuras de genitales femeninos. En otra parte de este estudio se cuenta cómo pintó sus zapatos con yeso y explicó que el yeso era semen. Algún tiempo después repitió la experiencia, esta vez dijo: "cabalmente este color es el más apropiado para el calzado, así **parece comible"** (nexo entre sentimientos nutritivos y sexuales). También solía frotar el cuero con miga de pan, al terminar su porción de miga buscaba afanosamente por todo el pabellón donde conseguir más, y no pudiendo obtenerla, ofrecía dinero a enfermeros y pacientes. Otras veces para el frotado utilizaba saliva (cargada de significación afectiva en el folk-lore peruano). Esta figura "zapato", manejada en forma tan extraordinaria por D.M., halla relación simbólica en otros climas. El Dr. H. VALDIZAN observa el nexo que el pueblo establece entre el tamaño del pie y los genitales femeninos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Este gusto por los símbolos se revela muy bien en sus dibujos, en que aparecen cápsulas de revólver, serpientes, mangueras etc. para dibujar en forma disimulada "una sola figura". En relación

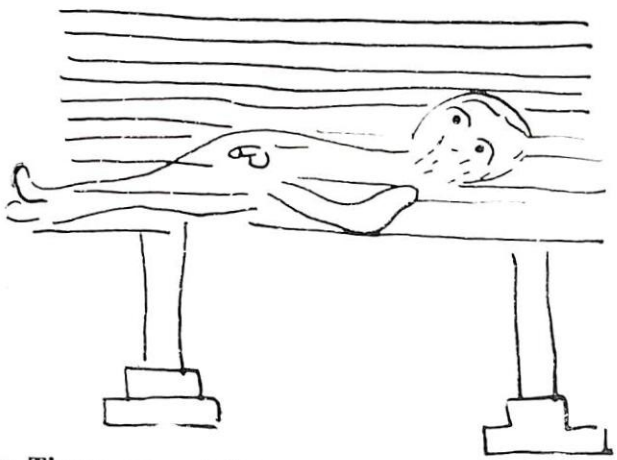




con una de estas imágenes "manguera", cabe recordar cierto pasaje. Estando de paseo por el jardín vió una manga de riego; inmediatamente dispuso de modo que la manga quedase entre sus dos pies y caminaba lentamente moviendo con acompasado ritmo el tronco de atrás para adelante. Así, toda figura que ofrece un asidero, por mínimo que sea, sirve los fines del símbolo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El pensamiento mágico anima también en D.M. una serie de experiencias extraordinarias. Cierta vez prendió una aguja en la solapa del saco y explicó: "Es para que el saco recupere su color perdido". Otra vez se le vió con un alambre entre los dientes, dijo: "Es para mejorar la dentadura". Esta magia por contacto se descubre también entre los primitivos. Los papúas, según H. WERNER, se frotan la espalda contra una roca a fín de adquirir dureza. Piensan que las propiedades de la roca fluyen y pueden ser recogidas por el hombre. D. M. también practicaba otros sistemas de encantamiento. Una vez había atravesado un corcho por medio de un clavo con el propósito de "agujerear el estómago de un individuo" (modelo que recuerda las prácticas de los hechiceros peruanos) Como sufría este enfermo una incontinencia muy grande, para remediarla acometió varias empresas. Mascaba semillas provocando desproporcionada saliva, y decía que era para así "tener la humedad arriba en lugar de abajo". Otra vez, en circunstancias que relata muy bien uno de sus dibujos: tendido sobre una banca del jardín y con los genitales al descubierto, explicó que "era para que el sol abriera los poros y produjera abundante transpiración."



La Madre Tierra es quizá la figura que logra más nítido contorno en la vida de este enfermo. La casi totalidad de sus dibujos describen frutos, plantas y animales del campo. Escribió también páginas de páginas enumerando los dones de la tierra y las faenas de los campesinos. Con amor y minucia apunta: "La ciega se hace con cuchunas que tienen la forma de un número uno y con cuchillos de poda marca culebra, también con ajoces o sea machetes de buen filo."

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La primera letra del nombre del pueblito indio en donde nació es U; él cree advertir ajustada relación entre esta letra y la forma del valle, "que se parece a una sepultura", allí donde tendrá que retornar **"a la sepultura de donde salí en los primeros días de mi vida cuando vine al mundo".** Así, las figuras **madre** y **tierra** funden sus hálitos.

BIBLIOGRAFIA

HONORIO DELGADO: "La negación de la paternidad como síntoma psicósico", **Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas,** 1922, N° 1. —ALFREDO STORCH: **The primitive archaic forms of inner experiences and thought in schizofrenia,** New York, 1924. — HERMILIO VALDIZAN y ANGEL MALDONADO: **La medicina popular peruana.** Lima, 1922.— HEINZ WERNER : **Compendio de psicología evolutiva,** Barcelona, 1936.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO EN LA ALTURA

Verificación en un caso de enfermedad de Monge

Por **ALEJANDRO ARELLANO Z.**

Consideramos de interés dar a conocer el siguiente caso en el que se ha podido comprobar el papel que desempeña la hidráulica del líquido céfalo-raquídeo y particularmente la hiper-presión cráneo-raquídea en la patogenia de ciertos desórdenes propios de la altura. Esta observación proporciona nuevas enseñanzas, a manera de una experiencia clínica, de la vida en las grandes alturas y en particular de la enfermedad de los Andes.

Se trata de un enfermo conocido desde nuestras estadías en Morococha (centro minero situado a 4,800 metros de altura y presión barométrica de 410 mm. de Hg más o menos), cuyos síntomas se inician hace mucho tiempo. El cuadro clínico corresponde a las perturbaciones descritas por el Prof. MONGE. Hallándose en plena crisis de su mal, el sujeto desciende a Lima, donde tenemos oportunidad de estudiarlo.

N. N., mestizo, auxiliar de farmacia, de 24 años, soltero, ingresa al hospital "Dos de Mayo" el 7 de febrero de 1939. El síntoma principal es cefalea desde hace año y medio más o menos, periódica y con agudizaciones que se hacen cada vez más frecuentes. Entre los antecedentes familiares y sociales son dignos de mención los siguientes: padre muerto hace cuatro años a consecuencia de una afección hepática, madre reside en Morococha desde hace 20 años, padece de várices y cefaleas espaciadas. Viven 6 hermanos sanos de los 13 que ha tenido; fallecieron los demás en la infancia de difteria, afecciones bronco-pulmonares y otras que no recuerda el sujeto. N. N. es nativo de Morococha, en donde vivió hasta la fecha, salvo la época de sus labores escolares de instrucción media, que pasó en Jauja. A la edad de 7 años sufrió de "fiebres intestinales", a los 17, de resfriados frecuentes, várices de los miembros inferiores, operadas en 1936. Fuera de lo anotado y al que no da mayor importancia, dice "fuí siempre fuerte", jactándose de haber sido deportista hasta hace poco. Ha gozado de buen sueño; fuma moderadamente y bebe a veces en exceso; el cigarrillo y el alcohol agravan la cefalea.

En 1932, por primera vez sus compañeros de colegio le hacen notar el tinte amoratado de sus labios. En 1934 muere su padre, tiene que afrontar si-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tuaciones morales y económicas desfavorables, trunca sus estudios. Poco tiempo después trabaja en una compañía minera, unas veces como pintor, otras cargando y descargando materiales, etc. En sus horas de descanso se dedica al deporte, tennis, basket-ball y particularmente foot-ball, según parece como buen jugador. A fines del año de 1936, sus amigos le hacen notar la acentuación cada vez mayor del amoratamiento de su cara y la inyección vascular de sus ojos. Ese aspecto no solamente era motivo de burlas, sino que le ha significado en varias oportunidades serias reprimendas de los jefes de la institución a que pertenecía; últimamente le advirtieron que iban a sacarlo del equipo por que sus rendimientos eran menores y por que se congestionaba pronto, lo cual atribuían erróneamente a excesos alcohólicos. Cuenta que en una oportunidad, estando en sus labores, pintando el techo de calamina que cubre un local donde funcionan fraguas, tuvo una crisis cefalálgica intensísima, seguida de epistaxis abundante, que le calmó el dolor. Por entonces y aun antes, sin poder precisar la fecha exacta, ciertos días amanecía con pesadez de cabeza y pereza para levantarse; el sueño vencía muchas veces su deseo de incorporarse; otras veces era la cefalea, de mayor o menor intensidad, la cual pasaba por sí sola o con analgésicos. Esta cefalea se intensificaba con los esfuerzos, los movimientos de cabeza, al incorporarse de la cama, al agacharse, al hablar en voz alta. La cefalea así agudizada generalmente se acompañaba de sensación de agolpamiento de sangre a la cabeza, su rostro se amorataba más, las conjuntivas se inyectaban exageradamente, la vista se anublaba, tenía centelleos, escotomas, zumbidos de oído; asimismo sufría mareos y vértigos. Teniendo que abandonar el esfuerzo causante de todo esto, reposa un tiempo, con lo cual mejora y reinicia su labor evitando hacer mayores esfuerzos. Así continuó con estos síntomas, acompañados a veces de opresión precordial, palpitaciones cardíacas, sensación de latidos en la almohada y sobre todo de una sensación general de agotamiento y desgano. Hasta que, a raíz de una intoxicación etílica aguda, se intensifican, particularmente la cefalea, que la ubica en el centro del cerebro con irradiaciones principalmente occipital y frontal, acompañada de sensación de "martilleo cerebral" sincrónico con los latidos cardíacos, por espacio de 20 ó 30 minutos. Por entonces también la visión se hace borrosa y aparece xantopsia marginal de los objetos, dolor ocular, subjetivo y objetivo, sin epífora, moderado estado nauseoso; la hipersomnia, la adinamia y la abulia se acentúan. Dos días después continúa bebiendo y tiene relaciones sexuales. Con esto sus molestias se agravan y se ve obligado a trasladarse a la Capital, el 12 de octubre de 1937. Consulta médicos, se hospitaliza y mejora. Las molestias visuales junto con algunos síntomas que aun persistían fueron disminuyendo hasta desaparecer completamente. El 1o. de febrero de 1938 regresa a Morococha en perfectas condiciones de salud y sin cianosis.

Después de cierto tiempo, nuevamente comienzan a aparecer las mismas molestias, que con el tiempo se agravan, sobre todo las cefaleas, de predominio matinal, son más frecuentes y rebeldes; igualmente, esta vez tienen mayor intensidad la hipersomnia y la astenia. Nuevamente, al cuarto día de una intoxicación alcohólica, sufre una crisis aguda de su mal. A los síntomas de la crisis anterior se añaden pérdidas momentáneas de la visión, sensación de gran embotamiento mental, sensación de frío intenso en la región anterior del cuello, vómitos y erección frecuente del pene. En este estado es trasladado a Lima.

El examen neurológico de N. N. no revela más anormalidad que una hi-

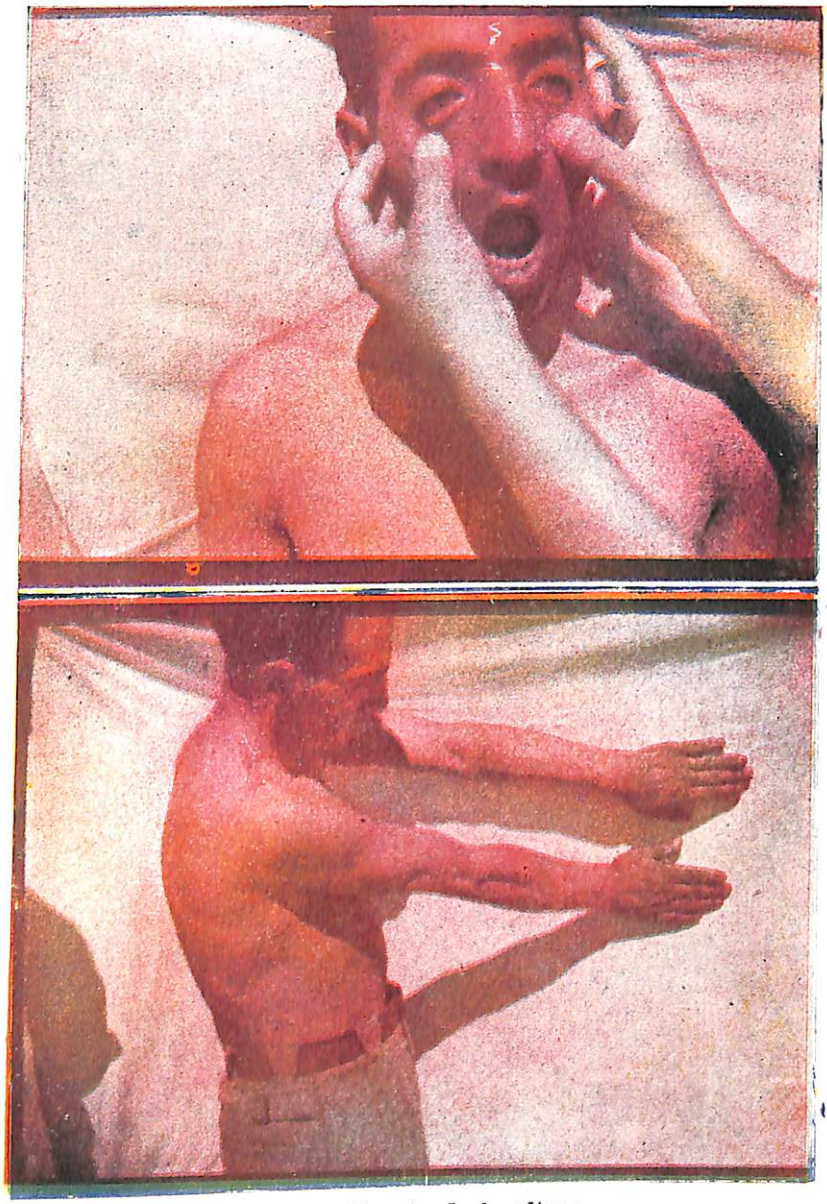
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

porreflexia osteo-tendinea casi generalizada y areflexia de algunos, conservándose normales ciertos reflejos sobre todo los de la cara y los abdominales. De los cutáneo-mucosos, los conjuntivales son muy débiles. Reflejos de defensa y postura, motilidad, pares craneales, coordinación, etc., no revelan anormalidad. La sensibilidad es normal, excepto una ligera hipoestesia y disestesia en las zonas hiperpigmentadas de sus miembros inferiores. En el aspecto psíquico verificamos tempo lento y retardo de las reacciones; déficit de energía necesaria para el logro de las acciones, escasa espontaneidad, cierto estado hipocondriaco; ligero embotamiento de la conciencia e hipomnesia retrógrada. N. N. se halla en un estado de torpor especial, tiene un aspecto estúpido a la vez que hipersómnico y aburrido; de rato en rato se queda dormido con la boca entreabierta.

Al examen clínico general verificamos que N. N. es un paciente de desarrollo normal, regularmente nutrido, tipo constitucional más bien atlético; está en decúbito dorsal, no adopta ninguna actitud especial en su lecho, a menos la que tenga que ver con su cefalea. Lo que más llama la atención en este enfermo, aun de lejos, es la coloración intensamente cianótica de sus tegumentos, como los cardíacos negros de Ayerza. Abarca principalmente la extremidad distal de los miembros superiores y la cabeza en su totalidad, contrastando marcadamente con el resto de la piel. El tórax y el pulmón son de forma y tamaño un tanto enfisematosos; respiración tipo costo-abdominal en número de 20 al minuto, de amplitud normal. A la auscultación, cerca de la base derecha, se escuchan escasos estertores finos. La punta del corazón se ve y se palpa en el 4º espacio intercostal, algo por fuera de la línea medio clavicular; el borde derecho de la matitez cardíaca parece estar exagerado. A la auscultación, los tonos cardíacos no revelan nada de especial, eso sí que mejor timbrados en el foco de la pulmonar que en el aórtico, especialmente el segundo tono. El pulso es igual en ambos miembros, regular, en número de 50 al minuto, blando, lleno, amplio, depresible. Presión arterial: 9 — 5 ½ al Vaquez.

N.N. llega a Lima el 3 de febrero de 1939 e ingresa al hospital el 7. Desde su llegada empieza a sentir ligera mejoría. A raíz de la punción raquídea, que se le practica el mismo día de su ingreso, tiene una intensificación de la cefalea, la que disminuye casi inmediatamente hasta la completa desaparición, que dura hora y media. Reaparece y se agudiza hasta hacerse verdaderamente insoportable, con martilleo cerebral más intenso; no cede mayormente a los analgésicos. Esta crisis cefalálgica, que alcanza su acmé a las seis horas de la punción, no se acompaña de ninguna otra molestia. El paciente está en su cama en decúbito lateral derecho con la cabeza en hiperextensión, es la posición más favorable Al día siguiente N. N. está en decúbito lateral con los miembros inferiores en semiflexión, quejoso, con eructos, parece haber hipus pupilar, la cefalea es intensa aún, continúa anoréxico, su estado nauseoso es mayor, hay rigidez de la nuca, no se puede continuar el examen, pues el menor movimiento agrava la cefalea. El día 9, la rigidez de la nuca casi ha desaparecido, persiste el estado nauseoso, los reflejos no se han modificado. El 10, ya no existe rigidez, aparecen vómitos alimenticios, que duran dos días. Los días siguientes continúa mejorando ligeramente. El 16 se practica otra punción raquídea. Dos horas después se agudiza su cefalea pero con menor intensidad que la primera vez, y sin más consecuencias. Se observa durante los tres días siguientes que la estación de pie intensifica la cefalea, lo que obliga al enfermo a permanecer en cama.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Caso de eritremia de la altura

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Como quiera que la cefalea tiene acentuaciones matinales y nocturnas, le practicamos tres sangrías de 150 cc., e instituímos una fuerte poción citratada y solución de Lugol en gotas, con lo cual mejora notablemente, estando al cuarto día sin cefalea hasta la fecha. Desde entonces disminuye también rápidamente la cianosis, la hipersomnia y el estado de entorpecimiento mental. Una semana después regresa a Morococha prometiéndonos estar de vuelta muy pronto. Le indicamos que no puede continuar viviendo en la altura y que su curación definitiva es permanecer en el llano.

Los exámenes de laboratorio que se practicaron en su primera hospitalización el año 1937 revelan poliglobulia, con las cifras siguientes :

La primera numeración 7'080.000 de eritrocitos.
La segunda numeración 6'640.000
La tercera numeración 5'120.000

Además señalaremos que la reacción de Wassermann y la de Kahn en la sangre fueron negativas y la cantidad de úrea normal.

Los exámenes que se le hicieron últimamente son los siguientes :Punción raquídea (practicada el mismo día de su ingreso al hospital) : el líquido sale como chorro; se intenta medir la tensión con el aparato de Claude, lo que no es posible a causa de que la tensión es tan alta que sobrepasa la graduación. Se coloca a un nivel tensiométrico normal con la extracción de 30 cc. y se hacen las pruebas de Queckenstedt-Stookey, las que acusan bloqueo. (Véase gráfica No. 1).

Examen de líquido céfalo-raquídeo :

Cantidad Aspecto Color Densidad Reacción	normales	Serina	0,20%	Linfocitos	1,8 mmc.
		Globulina . . .	no hay	Granulocitos:	no hay.
		Glucosa	0.44%		
		Urea	0,21 „		
		Cloruros . . .	7,00 „		

El examen bacteriológico : negativo. Benjui coloidal : normal. Wassermann : negativa.
Las numeraciones de hematíes antes y después de la punción son las siguientes: Antes de la punción (10½ a. m.) 7'780.000; después de la punción (12½ p. m.) 7'000.000.

Feb. 9.—Numeración y hemograma · Hematíes : 7'200.000; Leucocitos : 4,900.

Polinucleares neutrófilos	77 %
(todos segmentados)	
„ eosinófilos	3 „
„ basófilos	0 „
Monocitos	8 „
Linfocitos	12 „

Feb. 13.—Examen oftalmológico (amablemente practicado a nuestra solicitud por el Prof. VALDEAVELLANO) : Agudeza visual central normal; es ligeramente miope (—1.OD); campo visual normal. Reflejos pupilares normales. Fondo de ojo : (derecho) papila congestionada, de bordes ligeramente esfumados, arterias

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y venas aumentadas de calibre y tortuosas. Se observa en la papila y alrededor gran número de pequeños ramos que no son visibles normalmente. La papila está rodeada de una zona, de un diámetro papilar de ancho, de color grisáceo y de aspecto edematoso. En el resto de la retina, visibilidad anormal de arteriolas y vénulas. Ojo izquierdo : papila más congestionada y de bordes más borrosos que la derecha. La zona de edema alrededor es ligeramente más ancho. La tensión de la arteria central de la retina es de 35 Mn. 70 Mx. (esta última no es posible tomarla exactamente).

Feb. 14.—Hematíes 6'600.000; Feb. 15: 7'850.000.

Feb. 16.—Punción raquídea.—Acusa hipotensión y las pruebas de Q.-S. bloqueo (véase gráfica No. 2).

Análisis de líquido céfalo-raquídeo :

Cantidad normal	Serina	0,70‰	Linfocitos 18 mmc.
Aspecto normal	Globulina	hay	Granulocitos: no hay.
Color lig. xantocromía	Glucosa	normal	
Densidad normal	Urea	normal	
Reacción normal	Cloruros	normal	

Examen bacteriológico : negativo.

La numeración antes de la punción es de 8'750.000 y después de la punción es de 7'920.000 hematíes.

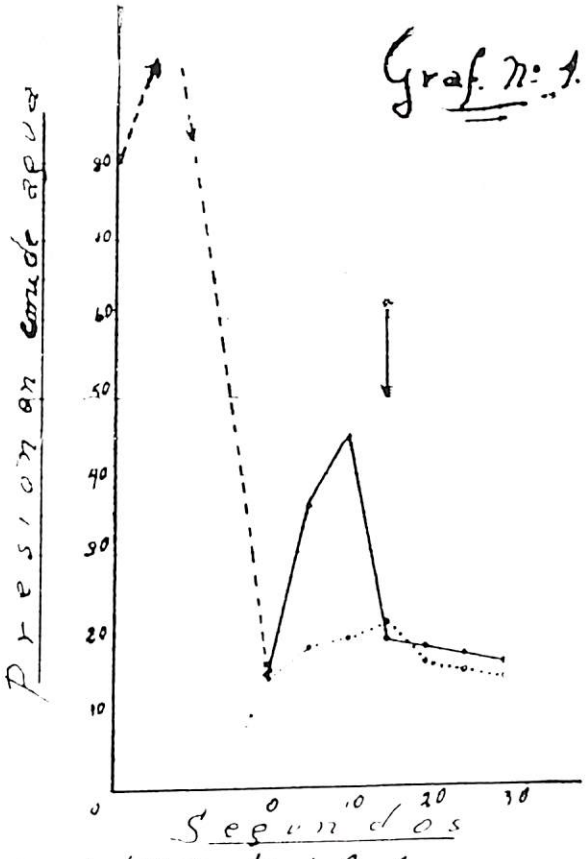
Feb. 18.—Hematíes 6'400.000; Feb. 22: 6'640.000; Feb. 27: 5'840.000; Leucocitos 6.900; Pol. neutrofilos 76% (todos segmentados); eosinófilos 10%; basófilos 0%; monocitos 2% ; linfocitos 12%.

La última numeración de hematíes acusa 5'340.000. Un último examen oftalmológico (practicado por el Prof. VALDEAVELLANO): Visión central normal. Fondo de ojo : papilas salientes de bordes ligeramente borrosos. Los vasos de calibre casi normal, conservándose aun algo tortuosos. No se visibilizan los pequeños capilares que se notaran fácilmente en el examen anterior. La coloración de ellos ha disminuído sensiblemente volviendo a su color normal. Tensión de la arteria central de la retina : 30 Mn. 60 Mx. Finalmente, la radiografía de la cabeza no revela anormalidad.

En resumen se trata de un sujeto que padece de mal de altura crónico, soroche crónico o enfermedad de Monge. Ha hecho su primera "poussée" aguda en 1937 y otra últimamente, en ambas oportunidades se ve obligado a abandonar la altura. Los síntomas consisten en cefaleas, obscurecimientos pasajeros de la visión, centelleos, escotomas, etc., zumbidos de oídos, vértigos, sensación de pesadez y embotamiento cerebral, astenia, hipersomnia, abulia etc. Tales síntomas se agravan con los esfuerzos o actos que signifiquen bloqueo torácico. En las dos crisis se agudizan y en la última presenta además xantopsia marginal de los objetos y visión borrosa, estado nauseoso y vómitos. La cianosis es marcadísima y preferentemente cefálica y de las extremidades superiores, cuyos dedos son a la vez hipocráticos. Los exámenes hematológicos confirman la

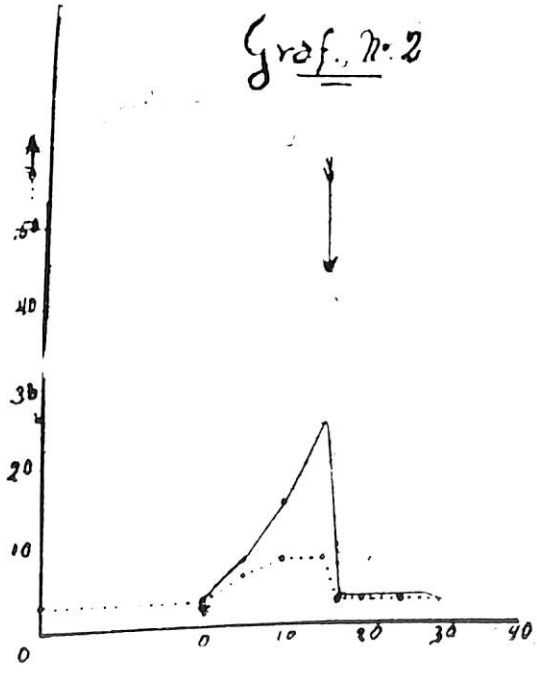
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Graf. N°. 1.



--- Presión del LCR antes de la extracción de 30cc y después
\..... Compresión yugular ; ↓ cesa la compresión
—— Compresión abdominal

Graf., N°. 2



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

eritremia. El examen manométrico de la punción raquídea indica una hipertensión inmensurable al Claude y las pruebas de Queckenstedt-Stookey, practicadas después de la extracción de cierta cantidad de líquido demuestran bloqueo. El examen de fondo de ojo revela hipervascularización retineana y edema papilar. La evolución del cuadro clínico general fué hacia la mejoría conjuntamente con el hematológico y los demás aspectos.

Aparte de la importancia de los síntomas subjetivos y objetivos que presenta nuestro enfermo, por constituir un caso de los más clásicos de la enfermedad de Monge, tiene la particular de ser el primero en el cual se mide la tensión del líquido céfalo-raquídeo, iniciando así los estudios de un nuevo aspecto de la compleja patología de la altura. Lo interesante a nuestro juicio es la hipertensión formidable del líquido céfalo-raquideo, el bloqueo absoluto que revelan las pruebas de Queckenstedt-Stookey y el retorno a la normalidad conjuntamente del cuadro clínico general y hematológico, resolución característica de estos cuadros al descender los pacientes a la costa.

Interpretamos los desórdenes de nuestro enfermo como un síndrome de hipertensión intracraneal. Síndrome que a su vez lo interpretamos como el resultado de una coroiditis aguda congestiva eritrémica de las altitudes (coroiditis trasudativa); por eso, al análisis, el L.C.R. es normal. Si recordamos que la tensión venosa es uno de los factores que influyen de manera indudable en la tensión del L.C.R., como ocurre en las cardiopatías descompensadas, y si tenemos en cuenta que la tensión venosa se eleva en la altura, será aún mayor allí donde aumente la plétora. La hipertensión venosa actuaría por medio de los plexos corcideos determinando una hiperformación de L.C.R., o bien se opondría a la reabsorción de éste. A uno o ambos de tales factores se uniría el aumento global del volumen encéfalo-medular, especialmente encefálico, gracias al acúmulo sanguíneo exagerado. Respecto de la realidad de la congestión cefálica de nuestro enfermo, la ubicación misma de su ciagnosis la atestigua, así como el aspecto del paciente, que da la impresión que estuviera haciendo perennemente la maniobra de VALSALVA, y la agravación sintomática con todos aquellos actos que se acompañan de bloqueo torácico. Finalmente el bloqueo absoluto lo referimos a la misma congestión de los plexos, ella sería de tal magnitud que obstruye las comunicaciones de las vías central y periférica del L.C.R. Por eso la extracción de cierta cantidad de lí-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

quido por punción raquídea no produjo la desaparición de los síntomas, especialmente de la cefalea, sino por un instante, para continuar con una crisis más aguda aun y con ligera reacción meníngea de 48 horas, revelada clínicamente y por los datos de laboratorio (aumento de las albúminas y linfocitosis en el líquido de la segunda punción). Por lo demás, un estado congestivo crónico condicionaría la instalación de una crisis meníngea aséptica, benigna, favorecida por un aumento relativo de la congestión provocada por la hipotensión inferior creada por la extracción de líquido.

Esa hipertensión formidable que hemos encontrado en plena crisis, ¿se presenta siempre en el mal de la altura? Si fuese así, se obtendría un medio terapéutico : rebajar la tensión del L.C.R., sea directamente por la punción raquídea, prudentemente practicada (un caso en Puno ha sido tratado favorablemente de esta manera), o bien indirectamente por sangría o con una medicación hipotensora del L. C. R. Los indígenas practican empíricamente la sangría desde hace tiempo y la experiencia enseña que la mayoría de estos casos mejora con las epistaxis. Sin embargo, no sabemos si el supuesto aumento de la tensión del L.C.R. es uno de los mecanismos de que se vale el organismo para sobreactivar sus centros diencefálicos para producir el conjunto de modificaciones que en último término van a conducirle a la compensación de la anoxemia. Tal vez si en esa reacción adaptativa a veces se excede el organismo o se fatiga y con ello se produce el círculo vicioso morbígeno. En todo caso, es necesario investigar tales posibilidades para poder llegar a formular las indicaciones de la raquicentesis.

Otro asunto digno de consideración es la congestión encefálica. El Prof. MONGE atribuye a ella ciertas perturbaciones que sobrevienen por crisis en los inadaptados a la vida en las alturas. Basándose en la anfotonía del sistema vegetativo, con predominio del vago, en las alturas, y recordando las demostraciones de CUSHING sobre la región hipotalámica, admite que en ciertas circunstancias de ectasia, alteraciones de la viscosidad, quizá desviaciones del equilibrio ácido-básico etc., se excitarían tales centros determinando en gran parte la sintomatología. Nuestro caso, por otra parte, suscita una cuestión más : el flebismo. N.N. sufre de várices y parece que la altura crea con el tiempo cierta fragilidad de las venas. Hemos tenido oportunidad de comprobar la mayor frecuencia de flebitis con las inyecciones de una sal de calcio. Mientras que en Lima se tuvo un solo caso (que se presta aun a duda) en 100 de-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

terminaciones, en Morococha con 30 determinaciones son más de tres los casos de flebitis, usando naturalmente la misma sal y a igual porcentaje.

Antes de terminar, quiero decir una palabra sobre la relación que existiría entre la presión del L.C.R. y la eritremia de la altura. LANHARDT y HELF anotan en sus observaciones las modificaciones de la fórmula en el curso de las ventriculografías. Otros muchos autores—entre ellos Jorge VOTO BERNALES señalan variaciones hemáticas con la punción raquídea, atribuyéndolas a un reflejo meningeo, "espino-vásculo-sanguíneo", variaciones hemáticas que para el Prof. TRELLES y AJURIAGUERRA se deberían a disturbios en la dinámica del L.C.R. LHERMITTE, HOUSSAY, ROGER y otros señalan poliglobulias unidas a perturbaciones diencefálicas. Tal vez estos estudios sirvan para aclarar algo más el problema de las eritremias de la altura y en general, de otras eritremias. Quizá si se llegue a probar el origen central, diencefálico, de algunas, como sugieren MARIANO CASTEX y otros investigadores modernos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

A. AUSTREGESILO : **As psiconeuroses.**—Un volumen en 16°, de 222 páginas, con 1 grabado. — Editora Guanabara, Río de Janeiro, 1939. Precio : 6 mil reis.

Como volumen X de las obras completas del Prof. Austregesilo aparece la segunda edición corregida de su libro sobre las psiconeurosis. El prestigioso neurólogo brasileño revisa en diez capítulos nuestros conocimientos sobre la materia, desde su punto de vista y conforme su larga experiencia : meiopragia o debilidad nerviosa, neurastenia, histeria, psicastenia y neurosis obsesiva, aporioneurosis (neurosis en que predomina la angustia), cenestopatía, neurosis holosimpáticas o del sistema neurovegetativo, principios generales de psicoterapia, análisis mental de las psiconeurosis, métodos terapéuticos auxiliares. La obra es escrita en un estilo sencillo y de expresión abundante, de modo que el lector menos preparado puede adquirir muchas nociones. Las erratas son frecuentes pero no comprometen las ideas.

H. D.

BARAHONA FERNANDES : **Análise clinica dos sindromas hipercinéticos. Patopsicologia-Fisiopatologia.**—Un volumen en 8°, de 266 páginas.—Lucas & C^a^, Lisboa, 1938.

En el curso del último lustro el Dr. Barahona Fernandes ha publicado algunos trabajos importantes, que lo colocan en primera línea entre los neuropsiquiatras portugueses. En el trabajo que analizamos, texto de la disertación en el concurso para el título de profesor agregado de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Lisboa, expone los frutos de su investigación a la vez clínica, psicopatológica y fisiopatológica de un material abundante y largamente estudiado, con pleno conocimiento y crítica de la aportación de los otros investigadores. Todas las formas de hiperquinesia, desde las elementales hasta las más complejas, son consideradas con un criterio que el autor llama convergente : desde el punto de vista objetivo — anatómico y funcional

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

—y subjetivo—fenomenológico, dando la debida importancia a la actitud del yo, y dinámico. Así sin descuidar el aspecto nosográfico, logra aislar diversos tipos de síndromes hiperquinéticos cuya gradación no es reductible a mera cuantía sino también a desviaciones cualitativamente originales.

A pesar de su prudente realismo, que le salva de incurrir en construcciones teóricas (ni de mitología cerebral ni de psicologismo), Barahona Fernandes da gran importancia a la concepción evolucionista de la integración y la desintegración de las funciones, y cree que el reflejo es la primera y fundamental manifestación psicomotriz, tanto desde el punto de vista filogenético cuanto del ontogenético — lo cual no es efectivo, como lo demuestran las investigaciones de Coghill, Herrick, Buytendijk y otros. La conclusión general de la obra es que la esencia de los síndromes hiperquinéticos consistiría en "la ruptura de la unidad psicológica de la actividad psicomotriz, por intermedio de los mecanismos neuropsicológicos vitales, desarmónicamente emancipados y desintegrados del conjunto psicosomático del individuo".

Recomendamos vivamente la lectura de este libro, que nos parece ejemplar por su adhesión a la compleja realidad clínica, por la amplitud de su iluminación metódica y por la sobriedad y enjundia de la exposición.

H. D.

ERNST BUFE : **Familienpflege Kranksinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik.**—Un volumen en 8°, de 230 páginas, con 2 grabados. — Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1939. Precio : Rm 7,80.

El Dr. Bufe, que desde hace más de treinta años se consagra a la asistencia familiar de los enfermos de la mente, publica su libro sobre la materia, el cual será considerado como el libro de la asistencia familiar, por constituir hoy la información más completa y bien ordenada. Después de condensar los principios generales, expone extensamente todo lo relativo a la organización de la asistencia familiar, desde las colonias con larga historia, de Bélgica, Escocia y Alemania, hasta las muchas existentes al presente en el mundo entero, de las cuales la húngara representa la realización del ideal. En forma clara y bien documentada considera todos los aspectos, tipos y variedades de la técnica de la asistencia extrahospitalaria. El factor económico, la función del médico y sus auxiliares, la selección de los enfermos para el cuidado sea en la propia familia o en la ajena, las ventajas para los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

enfermos, para los establecimientos, para las familias, para el Estado etc. La obra termina con una relación bibliográfica de 400 referencias y un índice alfabético minucioso.

El libro de Bufe se impone como obra fundamental en la materia. Su conocimiento será indispensable tanto para el psiquiatra cuanto para todo funcionario que tenga intervención en la asistencia de alienados.

H. D.

FELIX KRUEGER : **Estudios psicológicos.** Traducción del alemán de Najmen Grinfeld. Prólogo de Francisco Romero. — Un volumen en 8°, de 151 páginas. — Instituto Social de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 1939.

Entre los psicológos alemanes el Prof Krüger ocupa lugar destacado. Es uno de los más vigorosos defensores del criterio integralista de la actividad psíquica, y el campo favorito de sus indagaciones originales es la vida afectiva. **Estudios psicológicos** entraña una selección de trabajos cuyo texto en español ha revisado el propio autor, que conoce nuestro idioma, introduciendo modificaciones que dan importancia a esta única versión castellana. Además del conceptuoso prólogo, cuyo autor indicamos en el epígrafe, el contenido del volumen es el siguiente : la esencia de los sentimientos, la dimensión en profundidad y los contrastes de la vida emotiva, la totalidad vivencial, acerca de la estructura psíquica, sentido y espíritu de la familia, contribución al estudio de la evolución psicológica del derecho, el trabajo del hombre como problema filosófico. Estos títulos demuestran la amplitud de horizonte del autor y el buen acuerdo del Instituto Social de la Universidad del Litoral al escoger **Estudios psicológicos** como primer tomo de la colección La Enseñanza Secundaria, dedicada a ilustrar a los maestros argentinos.

H. D.

GILBERT ROBIN : **Précis de neuro-psychiatrie infantile.**—Un volumen en 8°, e 311 páginas.— G. Doin & Cie., Paris, 1939. Precio : 60 fr.

Llenando un vacío de la bibliografía pisquiátrica y pediátrica francesa, aparece esta obra cuyo autor era el más llamado a cumplir la tarea. Se trata de un compendio substancioso y de lectura agradable, en el cual se incluye una serie de nociones cuya utilidad a menudo no re-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

conoce el médico en la práctica — olvidando su función profiláctica — a causa de referirse a hechos de apariencia insignificante pero de gran momento para el porvenir del sujeto. Entre los méritos del **Précis** nos parece digno de señalarse el criterio dinámico con que estudia todos los desórdenes y la constante advertencia de las relaciones de conjunto, de la constitución y de la influencia del ambiente, tal vez con eventual descuido del aspecto nosográfico (por ejemplo las formas especiales de idiotismo son expuestas de manera muy sumaria).

En la primera parte de la obra se ocupa el Dr. Robin de los tipos mórbidos de los niños, según la nomenclatura francesa : los emotivos, los instables, la ciclotimia, los retardados de la afectividad, los psicasténicos y los neurasténicos, los mitómanos, los histéricos, los soñadores despiertos : esquizoides, los paranoicos (?), los epileptoides, los de instintos perversos; desórdenes psíquicos de origen afectivo y educativo. En la segunda parte trata de las neurosis infantiles : epilepsia y anormalidades del carácter postencefalíticas. La tercera comprende los desórdenes del rendimiento intelectual y la cuarta las demencias infantiles. La quinta parte está destinada a la semiología : mutismo y pseudomutismo, la cólera, la mentira, el robo, el suicidio, la obstinación y el enfurruñamiento, risas y sonrisas mórbidas, perturbaciones psicógenas de la mirada, desórdenes neuro-psiquiátricos en la alimentación, la onicofagia, el onanismo, la incontinencia de orina y de materias fecales, los terrores nocturnos. La última parte tiene por objeto el tratamiento y la educación : la pedagogía y asistencia de los deficientes, la reeducación de las irregularidades del carácter, la infancia delincuente.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE, 1938, No. 105.

ANDRE REY : **"La destruction progressive du cortex cérébral chez le rat et ses effects immédiats"** (La destrucción progresiva de la corteza cerebral en la rata y sus efectos inmediatos).—Un extenso trabajo en el cual se investiga, con muy perfecta técnica, el efecto de las destrucciones parcelares del cerebro de la rata sobre la actividad psíquica de este animal. El punto de partida teórico es la afirmación de Lashley de que no existen verdaderas localizaciones corticales, siendo en cambio de importancia capital la cantidad de tejido cortical destruído. El autor distingue dos alteraciones subsiguientes a la lesión: una inmediata que repercute sobre el equilibrio, y un estado de insuficiencia funcional tardío, o alteración residual. Es notable que la recuperación de las más finas funciones corticales se verifiquen, en lesiones que no comprometen más del 10% del tejido cortical, unas cuatro horas después del trauma quirúrgico. En primer lugar se ha estudiado el efecto de la descerebración parcial sobre los hábitos. Para ello se han utilizado ingeniosos dispositivos y la primera reacción analizada fué el salto, la más simple, para lo cual se utiliza un recinto a través de cuyas paredes el animal debe saltar al ser estimulado, con previo aprendizaje. La experiencia demuestra que en este caso no existe ninguna localización; animales casi desprovistos de corteza pueden realizarla. En relación al hábito formado con el salto lo fundamental es la masa de cerebro suprimida, pues pasado cierto límite desaparece para siempre la asociación. El resultado es diferente si se consideran formas de reacción más complejas (que el autor estudia en las pruebas de abertura de puertas y salidas de un laberinto, verificadas por la rata). En este caso no se trata de una simple regulación de una respuesta refleja, como en la prueba del salto, sino de una construcción sensorio-motriz debida a la experiencia. En consecuencia, se demuestra la importancia de áreas especializadas, de la superficie dorsal anterior para la prueba de las puertas, y del área striata para la prueba del laberinto. Sin embargo, aun respetando dichas localizaciones pero destruyendo otras cua-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lesquiera, llega también un instante en que la cantidad de masa destruída afecta a estos hábitos complejos. Sin embargo, el A. llega a la siguiente conclusión: en los comportamientos adquiridos de tipo reflejo condicionado sólo importa cierta cuantía de masa cortical, pero en los comportamientos adquiridos donde la respuesta no tiene carácter reflejo, sino que es una construcción sensorio-motriz originada por la experiencia, las áreas especializadas manifiestan su importancia. Esta generalización, lo reconoce el mismo autor, debe ser considerada con gran cautela, pues en los verdaderos reflejos condicionados es incuestionable la importancia de los analizadores o áreas especializadas, y su prueba del salto no aporta completa evidencia de ser un verdadero reflejo de aquel tipo. Otra interesante observación es la siguiente: en las ablaciones corticales entre 10 y 15% de substancia nerviosa, lo que se altera en la respuesta es la capacidad de ejecución, pero el animal puede comprender una situación, de peligro por ejemplo; si la destrucción es de 20 ó 30% se afecta también esta última capacidad. Si se considera la capacidad de aprendizaje después de la operación, es de notar la gran dificultad o abolición del mismo en los casos en que se ha extirpado más del 25% del cerebro. La importancia de las áreas especializadas disminuye a medida que el tiempo transcurre después de la operación. La pérdida del tejido especializado no es fatal. A medida que nos elevamos en la serie animal parece que las áreas especializadas adquieren más importancia y que la capacidad de suplencia funcional es menor. Finalmente, llama la atención sobre la analogía del shock quirúrgico—alteraciones dinámicas y transitorias subsiguientes a la destrucción de un centro—y las diasquisis de von Monakow, y observa que es en el hombre donde estos fenómenos alcanzan su máximo de intensidad.

C. G. N.

ENSAYOS Y ESTUDIOS, 1939, N° 1.

TOMAS CARRERAS Y ARTAU : **"De los moralistas españoles, a propósito de la filosofía de los valores y la caracterología".**—Se ha dicho con insistencia que el pueblo español carece de aptitud filosófica, olvidando la imponente aportación de los grandes moralistas y poetas. Tal olvido se debe, en parte por lo menos, a la sobrevaloración de la llamada filosofía científica mientras dominó el positivismo, con mengua de la metafísica y de la filosofía de la existencia y de la acción. La época actual, en que alborea una cultura cuyos caracteres todavía no se precisan, tiene la filosofía de los valores y la caracterología co-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mo manifestaciones propias de su entelequia : un nuevo despertar del sentido cordial y de la etología concreta y militante. El autor de este artículo considera que valor y jerarquía carecen de fundamento sin una teodicea : "Dios es lo absoluto, la medida de los valores". Ilustra la incidencia del pensamiento teológico-moral español en la filosofía de los valores considerando la obra de Raimundo Lulio, Baltazar Gracián y el "formidable moralista colectivo y anónimo—el pueblo, en el sentido óptimo de la palabra—que se revela a través del lenguaje de todos los días". Con su Arte amativa o **Amancia,** Lulio es en la Edad Media uno de los precursores de la filosofía de los valores. Este hombre ejemplar por la universalidad y eminencia de su concepción del mundo — influída ciertamente por S. Agustín y S. Tomás — considera que la ciencia es antropológicamente imperfecta sin la voluntad iluminada por el amor : "Amancia se dice de la voluntad que ama —escribe Lulio—, así como Ciencia del entendimiento que entiende". Para él valor "es valencia de las virtudes contra los vicios, es aquella cosa por la cual hay utilidad y conservación contra el engaño y el defecto". Por su parte, Gracián, el jesuita admirado e imitado por Schopenhauer y Nietzsche, es un indagador original de tipos humanos. En su afán de esculpir los rasgos del carácter superior, el del héroe, encarnación de los más altos valores, los "quilates rey", forja con incomparables apotegmas una "moral filosofía" que sea "pasto del juicio, centro de la razón, y vida de la cordura". Tratando de descubrir el hombre substancial "con jugo de humanidad y valor de persona", diseña de pasada todas las modalidades de imperfección e insubstancialidad humanas. En la última parte de su trabajo el autor señala algunas muestras de la sabiduría popular, como anticipo de un trabajo mayor, del cual da idea el siguiente pasaje : "He advertido en otra ocasión el apremio y la angustia de los caracteriológos, desde Teofrasto hasta La Bruyére, para descubrir y presentar tipos morales : el número de los catalogados tal vez no pase de tres docenas. En cambio siguiendo la ruta luminosa del lenguaje viviente, en un proyecto de Diccionario caracterológico hispano catalán, en colaboración con mis alumnos, tenemos reunidas ya más de cuatrocientas papeletas lingüísticas, documentadas y circunstanciadas, equivalentes a otros tantos tipos morales".

H. D.

FORSCHUNGEN UND FORTSCHRITTE, 1939, N° 12.

RUDOLF FICK : **"Inwieweit ist die Frage der "Vererbung erworbener Eigenschaften" entschieden?"** (¿Hasta qué punto está resuelta

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la cuestión de la herencia de los caracteres adquiridos?).—Hoy se repudia de manera casi unánime la suposición de que puedan formarse por influencia del medio disposiciones corporales nuevas transmisibles a los descendientes. Sin embargo, tal rechazo carece de justificación plena. F. llama la atención acerca de los puntos siguientes. La primera condición para la herencia de los caracteres adquiridos es que las células estén en condiciones de responder con nuevas disposiciones, esto es, de adaptarse a los cambios, lo cual ha sido experimentalmente probado para la fibra muscular y para la orientación de las trabéculas oseas—ley de la adaptación funcional de Roux. Estos hechos de posibilidad de adaptación son tantos y tan complicados que para explicarlos no se puede invocar cambios casuales del plasma hereditario (mutaciones), por ejemplo, la falta de pigmento en el lado sin ojos y la pequeñez de la aleta torácica del lado inferior en todas las especies de pleuronectos o peces planos. Semejante adaptación hereditaria es explicable únicamente por cambios de las condiciones mecánicas del ambiente o del género de vida de los animales que influyen no sólo sobre las células somáticas sino también sobre las germinales. Se puede concebir la manera cómo se realiza esta influencia suponiendo que el cambio somático despierte una resonancia específicamente correspondiente en el plasma germinal; naturalmente, sólo pueden hallar tal resonancia determinados cambios somáticos, otros no, por ejemplo, los cambios producidos artificialmente con operaciones quirúrgicas. Esto implica que en la constitución del plasma germinal haya posibilidades para semejantes cambios por inducción, lo que no equivale a decir que las adaptaciones de la descendencia estén ya preformadas : se trataría en todo caso de una nueva organización. Las adquisiciones heredables se llegarían a constituir de una manera muy gradual, por la persistencia en muchas generaciones de la misma influencia promotora de la nueva adaptación. Las transformaciones filogenéticas de los seres vivos se han operado en parte durante cientos de miles de años. Esto explica que hasta hoy no se haya podido demostrar experimentalmente la herencia de los caracteres adquiridos — por la misma razón nadie puede sostener su imposibilidad. Desde hace años F. ha propuesto una explicación a la paulatina adquisición de caracteres transmisibles por herencia : compara el plasma germinal con una molécula gigantesca en que las disposiciones parciales serían como "radicales" o "cadenas laterales". En el caso, por ejemplo, de adquirirse una articulación por efecto de la necesidad de adaptación a un nuevo género de vida, la movilización del cartílago acaba por producir la escisión articular, lo cual ac-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tuaría a distancia —a la manera de las hormonas de las heridas— excitando el plasma germinal. Tal excitación no sería suficiente para provocar la formación de la articulación en los descendientes sino después de haberse formado una gena. En las primeras generaciones no habría en el plasma sino una "pregena", que al desarrollarse por el estímulo repetido en generaciones sucesivas acabaría por constituirse en gena cabal. Aunque esta explicación no pueda sostenerse como correcta, lo innegable son los hechos innumerables de adaptaciones heredadas en la formación de las especies. Beurlen sostiene la herencia gradual de formas nuevas constituídas primero individualmente, como reacciones y modificaciones ecológicas con el sentido de respuestas adaptativas a la situación del medio ambiente. No se debe, empero, incurrir en el extremo de considerar que todas las transformaciones filogenéticas tengan este origen. Muchas se deben sin duda a cambios fortuitos del plasma germinal, o sea mutaciones, que se mantienen por la selección natural ulterior.

H. D.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS, 1939, N° 1.

SIGMUND FREUD : **"If Moses was an Egyptian..."** (Si Moisés fué un egipcio...).—En este primoroso y original trabajo discute el gran maestro el problema del origen de Moisés en relación a su mito, cuestión que ha sido ya en otro aspecto considerada por él mismo (Moises an Egyptian, Int. Journ. 1938). El autor se revela aquí, como en otros muchos trabajos que le conocemos, insuperable en el arte de formar teorías, de poner armonía en los hechos más lejanos entre sí, de hacer evidencia de simples indicios, y sobre todo luz en lo obscuro de los hechos del alma, en este caso de uno de los más remotos y sugestivos problemas del alma social Se plantea primero esta cuestión ¿cómo un pueblo elige por líder a un caudillo o príncipe de un país contrario? y luego, lo que es menos verosímil ¿cómo pudo un egipcio, cuya religión es politeísta, dar las bases doctrinarias del grandioso monoteísmo judío? Más he aquí la respuesta : "Cada hecho nuevo debe tener sus raíces en aquello que precedió". Freud entonces examina en la historia del politeísmo egipcio los orígenes del monoteísmo. Es ya bastante significativa la figura de Amenhotep IV, faraón de la gloriosa XVIII dinastía, que impuso el monoteísmo, por lo cual fué a su muerte proscrito y olvidado como hereje. Pero gérmenes aún más remotos se encuentran en On (Heliopolis), y sobre ello cabe una posible influencia de los acontecimientos políticos de entonces. El suceder

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

histórico de esa lejana época, la lucha entre el monoteísmo y el politeísmo en Egipto, dan pábulo a la siguiente hipótesis : "si Moisés fué un egipcio y si él transmitió a los judíos su propia religión, fué la de Ykhnaton, la religión de Aton", es decir, la religión del faraón antes nombrado. A continuación se desarrollan una serie de consideraciones sobre la historia y origen étnico del pueblo judío y volviendo al problema de Moisés halla otro indicio a su hipótesis en la relación del héroe con la tribu de los Levitas, aquél sector del pueblo judío donde abundaban más los nombres egipcios y que se distinguía por su elevación cultural. Hay indicios de una condensación entre un Moisés egipcio que nunca conoció el nombre Iahvé, el dios judío, sino el de Atón; y un segundo Moisés, fundador de la religión de Iahvé, con el cual la leyenda lo confunde. También el hallazgo de un nuevo alfabeto —pues la nueva religión que prohibía toda manifestación mágica no acordaba con los geroglíficos— es otro indicio de que posibles elementos egipcios, escribas en este caso, salieron con Moisés durante el Exodo. Es posible, sin embargo, que el pueblo judío no aceptara sin protesta la imposición de una religión muy superior a su propio grado de cultura, protesta que llegó a culminar, según Freud, en el asesinato de Moisés. Al mismo tiempo se establece una lucha entre el dios local y Iahvé —probablemente un demonio volcánico— y el dios espiritual y de sentido ético adorado por el faraón Ykhnaton, y no es difícil adivinar la importante participación que los Levitas tuvieron en la final victoria de éste sobre aquél. Diferentes historiadores, en particular Lellin y Volz, están de acuerdo en que la religión formada por Moisés se infiltra lentamente, en el primitivo y bárbaro pueblo judío, a través de centurias. En síntesis, encara el autor la historia del pueblo judío como una dualidad de tendencias de dos pueblos diferentes, con sus respectivas religiones, y con dos grandes personalidades que se condensan en el nombre común de Moisés. Naturalmente, uno de estos pueblos es sometido a una experiencia traumática. También se encarece la importancia de las grandes personalidades en el curso histórico, especialmente las personalidades de valor religioso cuya sugestión extraordinaria puede imprimir un nuevo rumbo a la evolución de la humanidad.

C. G. N.

JOURNAL GF MENTAL SCIENCE, 1939, N° 355.

W. STEPHENSON : **"Methodological consideration of Jung's Typology"** (Metodológica consideración de la tipología de Jung).—La tipo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

logía tiene una importancia extraordinaria en Psiquiatría, en muchos aspectos; el autor considera los tipos como "función universal". Pero observa, refiriéndose especialmente a la tipología de Yung, que su formulación es simplemente estadística. Stephenson trabaja para aportar nuevos métodos de estudio a estos conocimientos, y nos presenta el método matemático (llamado técnica R) y el método estadístico (llamado técnica Q). En el primero los rasgos que constituyen el tipo son variables y las personas son "items" de una población estadística; en el segundo, al contrario, las personas son variables y los rasgos son "items" en dicha población. Una de las cuestiones que se plantean con estos métodos es el estudio de la variabilidad de los rasgos o factores elementales que constituyen el tipo, que forman una agrupación característica en cada caso, y que no es posible estudiar con exactitud por el simple método descriptivo. Estos procedimientos son útiles sobre todo para el estudio tipológico de una población determinada, sobre todo cuando además del tipo, en tanto que concepto global, se consideran los múltiples rasgos psíquicos que comprende. Si sólo se consideran 20 rasgos es dable distinguir únicamente los tipos fundamentales, intro y extravertido; pero si se consideran mucho más, 176, se puede hacer la diferenciación en los subtipos sensorial, intuitivo, sensitivo y razonador. Aumentando el número de rasgos se puede llegar a más finas clasificaciones de subtipos. Por el método matemático sólo se demuestran los tipos, mas no se explican. Es hasta cierto punto gran error de los tipologistas ir a la explicación de los tipos sin haberlos estudiado estadísticamente. Se encara la importancia que puede tener la cuantificación del rasgo, como tendencia profunda y fundamental de la personalidad, en la explicación del tipo. El trabajo estadístico hace justicia a la tipología de Yung. Los tipos puros o clásicos son sumamente raros (5 en 1000). También se considera el caso de personas que correspondiendo al mismo tipo tienen diferentes rasgos dominantes en sus personalidades.

C. G. N.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GENERALE, 1938, N° 4.

ARMAND DE GRAMONT : **"La perception des couleurs"** (La percepción de los colores).—Las células visuales de la retina tienen doble función: captar las impresiones puramente luminosas, lo cual depende de una reacción de la púrpura retiniana, y la percepción de los colores. Esta última, según la hipótesis del autor, se debe a los segmentos ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

teriores, mientras que la sensación puramente luminosa depende de los conos de la retina. Desarrolla interesantes observaciones fisiológicas sobre las imágenes consecutivas: la imagen positiva deriva principalmente de los elementos retinianos, mientras que las imágenes negativas tendrían su asiento en las terminaciones nerviosas del cerebro. Las imágenes consecutivas coloreadas parecen ser, como la imagen negativa consecutiva, de origen cerebral. Si bien es cierto que las impresiones luminosas se explican por la reacción de la púrpura retiniana, muy poco se sabe de las sensaciones de color. El autor propone su hipótesis de la resonancia piezoeléctrica de la retina. En una segunda memoria desarrolla un estudio sobre la resonancia piezoeléctrica (fenómenos vibratorios en pequeños cristales, cristal de roca, por ejemplo, que son al mismo tiempo complejos dispositivos eléctricos). Si las ondas electromagnéticas, que son de la misma naturaleza que las ondas luminosas, inciden perpendicularmente sobre dicho cristal, se origina entre las caras anterior y posterior del mismo una diferencia de tensión, con deformaciones periódicas de la lámina. Si la onda electromagnética es de la misma frecuencia que la vibración elástica de la lámina piezoeléctrica, ésta se pone en resonancia, con lo cual se multiplican las cargas eléctricas desarrolladas en las caras de la lámina. La onda electromagnética se transforma en vibración y tensiones alternativas de la misma frecuencia que la onda. El autor piensa que el ojo presenta elementos susceptibles de funcionar como ciertos receptores piezoeléctricos. Desarrolla una serie de observaciones experimentales, y concluye diciendo que las sensaciones coloreadas serían producidas por resonadores piezoeléctricos que transforman en corriente eléctrica la onda electromagnética incidente. Tales razonadores serían los segmentos de los bastones y los conos. El nervio óptico sólo transporta una vibración de frecuencia determinada. La intensidad de las sensaciones es reglada por los elementos pigmentarios de la coroides. Esta hipótesis se vería confirmada en caso de encontrarse en la retina alguno de los constituyentes conocidos de cristales piezoeléctricos.

C. G. N.

OSPEDALE PSICHIATRICO, 1938. N° 6.

V. M. BUSCAINO y S. PLATANIA : **"Vaccinoterapia 'specifica' nell' amenza e nella demenza precoce"** (Vacunoterapia específica en la amencia y en la demencia precoz).—Los autores refieren el primer intento terapéutico de vacunoterapia específica en las enfermedades re-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

feridas. Este procedimiento ha sido sugerido por el hallazgo de una actividad aglutinante en la sangre de los dementes y esquizofrénicos con relación a los bacilos tífico, paratíficos A y B, coli, Flexner y Shiga, por Platania y Pappalardo. Resulta que las reacciones más frecuentes en los enfermos con confusión mental se verifican con los bacilos coli, Flexner, tífico y paratífico A; en los esquizofrénicos recientes con el Flexner, el coli, el Shiga y el paratífico B; en los esquizofrénicos crónicos con el Shiga predominantemente y luego con el Flexner y el coli. La piroterapia con la vacuna endovenosa ha aportado a los autores resultados muy favorables: 76% de curaciones para los esquizofrénicos tratados en el primer año de enfermedad, siendo así que la piroterapia no especifica sólo determina un 47% de resultados favorables en los mismos enfermos.

C. G. N.

PSYCHOANALITIC REVIEW, 1939, N° 2.

SANDOR LORAND : **"Perverse tendencies and fantasies : their influence on personality"** (Tendencias perversas y fantasías : su influencia sobre la personalidad).— Tendencias sexuales mal reprimidas principalmente homosexuales, constituyen el origen de rasgos neuróticos de carácter y llegan a la conciencia en forma de fantasías. Tales manifestaciones pueden evolucionar en personas aparentemente normales hasta que un fracaso amoroso suscita francas dificultades sexuales, perversiones e incluso homosexualidad. Es muy importante observar que dichas personas, que no tienen definidos rasgos neuróticos, se sienten desdichadas e inhibidas en su vida social, en sus relaciones amorosas e incluso en su trabajo. En una palabra, el sentimiento de insatisfacción y de infelicidad tiene un origen neuropático y puede tratarse con eficacia por la psicoanálisis. Si se trata de hombres el conflicto reside en su femenino inconsciente; si de mujeres, lo contrario. Todas las energías se gastan en combatir las reprimidas tendencias. Hay una permanente inseguridad y un acatamiento hipertrofiado de la opinión ajena sobre sí. El autor examina cuatro casos, cuya sintomatología y tratamiento se exponen en líneas substanciales. En todos ellos se advierten tendencias ambivalentes, disposición al miedo, y su característica represión emocional en el curso del tratamiento.

MELITTA SCHMIDEBERG : **"The role of suggestion in analytic therapy"** (El papel de la sugestión en la terapéutica analítica).— Reactualiza la cuestión del factor sugestión en psicoanálisis, el cual

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

se presenta, inevitablemente, en el curso de todo tratamiento. Es imposible excluirla. La transferencia entraña, a menudo, sugestión hacia la mejoría o curación del paciente. También puede actuar negativamente en casos de negativa transferencia. La exactitud de una interpretación no excluye su valor sugestivo. Es fundamental que en estos casos la sugestión no actúa en forma directa, sino indirecta. El mismo análisis de la transferencia no la suprime. El autor ofrece diferentes ejemplos de sugestión en el análisis, entre otros el efecto de las malas interpretaciones. Termina observando que no se ocupa del problema de una técnica de sugestión, aplicable en el análisis, sino de útiles formas de sugestión que, quiérase o no, surgen durante el tratamiento.

C. G. N.

RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI, 1938, N° 6.

MARIO DE MENNATO : **"Osservazioni cliniche su duecento minori internati nel riformatorio giudiziario di Nisida"** (Observación clínica de doscientos menores internados en el Reformatorio judicial de Nisida).—Este estudio se refiere a la investigación completa de los factores que condicionan el delito en 200 menores recluídos en el Reformatorio de Nisida. En primer lugar se hace el estudio anamnésico, hereditario y personal, destacando la importancia de la herencia patológica condicionada por el alcoholismo, la criminalidad, etc. que afecta a las cuatro quintas partes de la población estudiada. En seguida se hace la investigación somática, determinando las alteraciones de raquitismo, del tipo constitucional, de las glándulas de secreción interna y otras; se estudia las alteraciones psíquicas, en particular de la capacidad intelectual, verificando el mayor número de los débiles mentales en diverso grado respecto de los normales. El A. sugiere la formación de un centro de estudio, encargado de la investigación en todos los aspectos de la reeducación, que acogería al menor delincuente y lo enviaría poco después a las diversas casas de corrección, con las correspondientes indicaciones de orden pedagógico y clínico.

León Mejía.

RIVISTA DI PSICOLOGIA, 1938, N° 4.

MARIO F. CANELLA : **"Orientamenti della moderna Biologia"** (Orientación de la biología moderna).—La biología moderna tiene dos momentos de relativa unidad teórica : el vitalismo ingenuo antes de Carlos Darwin y el evolucionismo mecanicista de la segunda mitad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del siglo pasado. C. se ocupa principalmente del estado presente, en que el materialismo y el neomendelismo pretenden aplicar sus patrones de medida a todos los fenómenos biológicos. El éxito de la biología experimental, con hipótesis plausibles en campos limitados de aplicación, ha originado una fe exagerada, sin crítica, en las suposiciones iniciales. Por error de método y exceso de especialización, se atribuye a una sola causa lo que se debe a una complejísima constelación de factores. La genética, ciencia iniciada con los descubrimientos de Mendel acerca de la hibridación, a pesar de su fecundidad e importancia práctica, no ofrece una explicación satisfactoria del conjunto de los fenómenos de la herencia y del desarrollo embrionario. El exceso de atención prestada a la mecánica de las genas, el merismo, ha hecho desadvertir la unidad de los organismos y desviar la investigación de las verdaderas causas de la transformación de las especies. Como reacción a tal exceso, vuelve a resurgir como plausible el punto de vista lamarckiano, que parecía derrotado por la concepción genetista y mutacionista reinante desde principios de este siglo. C. propone el criterio de un lamarckismo ecléctico, encarando el organismo como un todo, reconociendo el valor que tiene la actividad psíquica —la necesidad de vivir— en el proceso de la adaptación al medio y aceptando la herencia de los caracteres adquiridos como una hipótesis de trabajo, que no puede verificarse con experimentos simples y efímeros sino con una inquisición de largo aliento. Con una sugerencia práctica termina el extenso y erudito trabajo de crítica sensata : crear un laboratorio destinado a la investigación biológica según los postulados del nuevo lamarckismo.

H. D.

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA E MEDICINA LEGALE, 1938, N° 4.

ALDO BERTOLANI : **"La terapia convulsivante della schizofrenia per mezzo dei sali di ammonio"** (La terapéutica convulsivante de la esquizofrenia por medio de sales de amonio).—El A. no acepta el antagonismo biológico entre epilepsia y esquizofrenia, ya que no es rara la observación de ataques epileptiformes en dementes precoces y se ha descrito cuadros de epilepsia tardía en esquizofrénicos crónicos, pero admite que mediante violentas excitaciones del cerebro, provocando crisis convulsivas, puede lograrse una modificación favorable en el curso de la esquizofrenia. Basándose en la observación de Jalenkiewicz, que en 1925 descubre la acción convulsivante del cloruro de amo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nio en el hombre, presenta a fines de 1937, en el "Congreso sobre Terapia moderna de la esquizofrenia" de Milán, los resultados de su experiencia. Inyecta 10 cc. de solución al 5% de cloruro de amonio, por vía endovenosa y a gran velocidad; pocos instantes después se desencadena la crisis epileptiforme, cuyos caracteres son muy semejantes a los de la crisis provocada por el Cardiazol, aunque menos dramáticos y graves. Después del ataque había observado que sus enfermos, esquizofrénicos crónicos y sujetos con gran agitación maníaca, experimentaban mejoría notable. Respecto del modo de acción de la substancia, el A. piensa que ésta, en inyección rápida, es capaz de provocar un fenómeno vasomotor agudo que desencadenaría el acceso.

ANTONIO MAZA : **"Tentativi di cura della schizofrenia con cloruro di ammonio"** (Tentativa de curación de la esquizofrenia con el cloruro de amonio).—Siguiendo el método propuesto por Bertolani, el A. trata a 27 esquizofrénicos empleando la técnica propuesta: inyección endovenosa, estando el paciente en ayunas y acostado, de 4 ó 5 cc. de solución al 5% de cloruro de amonio purísimo; después de 2 ó 3 días de descanso se inyecta la segunda dosis, que como dosis máxima puede ascender hasta 10 cc.; el número total de inyecciones es de 4 a 19. Generalmente a los pocos segundos de practicada la inyección se desencadena el ataque, sin la menor complicación. El único inconveniente señalado se refiere a la esclerosis o la trombosis de las venas; para evitarlo se recomienda elevar y bajar repetidamente el miembro inyectado y hacer ligera fricción con el objeto de favorecer la circulación de la solución inyectada. Los resultados obtenidos señalan el 22% de remisiones completas (más frecuentes en esquizofrénicos agudos) y el 15% de mejorías considerables.

León Mejía.

ZEITSCHRIFT FUER ETHNOLOGIE, 1938, N° 3-5.

K. Th. PREUSS : **"Das Irrationale in der Magie"** (Lo irracional en la magia).—La mayor dificultad para la perfección de nuestros conocimientos acerca de lo que se entiende por magia es precisamente la falta de una definición. La relación que existe aquí entre la esfera de la razón y la experiencia, por una parte, y la de lo sobrenatural o irracional, por otra, sería esta: en los acontecimientos que conmocionan por ser de vital importancia, el mundo de la experiencia es vivido en la dirección de lo irracional, por medio de la súbita y oportuna conciencia de la propia fuerza conservadora y promotora de la vida, por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

encima de la experiencia, o de un auxilio ajeno de naturaleza semejante. Las explicaciones propuestas por Heinz Werner, Alfred Vierkandt, Otto Schneider, L. Lévy-Bruhl, G. van der Leeuw son objeto de una crítica severa por parte de P., cuya idea central es que el conocimiento de la mentalidad mágica no se logra generalizando conceptos a base de observaciones fragmentarias o de comparaciones superficiales de datos procedentes de los pueblos primitivos más diversos. Exigencia fundamental de método es el estudio circunstanciado, en el terreno, de las manifestaciones de la mentalidad mágica y, agotado éste, su relación con el conjunto de la cultura particular de la colectividad correspondiente. La magia tiene un contenido religioso; por eso las ceremonias que le son propias poseen para los creyentes un valor muy superior al de las acciones racionales, las cuales no dejan por eso de ser practicadas adecuadamente. Los pueblos primitivos perecerían irremediablemente si en su mentalidad no hubiese un equilibrio entre lo racional y lo irracional. En el aspecto técnico de la vida del hombre primitivo la tradición no tiene tanta importancia como en el aspecto religioso. En éste el mito es esencialmente el soporte de la fe por la influencia de los antepasados. Los usos y costumbres mágicos entrañan una poderosa educación moral y social, pues el individuo dominado por la concepción mágica vive personalmente sus actos con plena responsabilidad de las consecuencias para el bien o el mal del conjunto. El autor, cuya reciente muerte entraña una pérdida irreparable para la etnología, termina su trabajo exhortando a los investigadores que se ocupan de los problemas en la fuente misma, entre los hombres primitivos, para que realicen en materia de conocimiento del pensamiento mágico lo que nunca podrán alcanzar los no etnólogos.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Sesión extraordinaria del 23 de Marzo de 1939.

Fueron incorporados como **Miembros Honorarios** los Delegados venidos del extranjero a la **IIa. Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas :** Nerio Rojas, Demetrio E. García, José B. Odoriz (ARGENTINA); Edgard Pinto Cesar (BRASIL); Arturo Vivado O., Elías Malbrán, Isaac Horvitz, Waldo Iturra, A. Rojas Carvajal, B. Arce Molina (CHILE); Horatio Pollock (ESTADOS UNIDOS); y F. Herrera Guerrero (VENEZUELA). La sesión fué presidida por el Delegado argentino doctor **José Bernardo Odoriz.**

ISAAC HORVITZ : **Algunas consideraciones sobre un caso de encefalitis psicótica provocado por shock hipoglicémico prolongado.**—El autor relata la historia extraordinariamente interesante de un paciente en el que la aplicación de una dosis moderada de insulina produce un cuadro de coma hipoglicémico prolongado y grave, después del cual se instala un cuadro mental de encefalitis psicótica. El autor en seguida hace consideraciones sobre el mecanismo de acción del coma insulínico, los peligros que presenta y las precauciones que conviene tomar cuando se debe emplear el método de Sakel.

Discusión : El doctor Delgado señala ser uno de los pocos casos publicados y está de acuerdo en lo que a medidas de precaución se refiere al utilizar el método de Sakel.

El doctor Edgard Pinto Cesar manifiesta que el profesor Pacheco de Sao Paulo llegó a crear un cuadro mental post-insulínico-terápico a semejanza de la perturbación post-malárica-terápica; las lesiones dependerían de la resistencia individual para el medicamento, por lo que recomienda el Cardiazol y, si éste no dá resultado, la insulina.

El doctor Horvitz indica que el caso dá luces de cómo debe aplicarse el método de Sakel mas no lo proscribe.

DANIEL MACKEHENIE y V. V. ALZAMORA C. : **Las lesiones anatómicas del sistema nervioso en la enfermedad de Carrión.**— En la Enfermedad de Carrión, de rica y variada sintomatología, aparecen afectadas las meninges, la corteza cerebral, el tálamo, el hipotálamo, los plexos coroideos, diversos pares craneales, nervios de los miembros, etc. Las observaciones son hechas en lesiones carriónicas no modificadas por cuadro intercurrente alguno. Concluyen que la sede de la verruga peruana es **vascular,** propiamente endotelial y capilar, señalan la trombosis oclusiva y luego la histocitomatosis a la que llaman reac-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción adventicial de la enfermedad de Carrión por no ser igual a la histocitomatosis tifoídica. Los casos seleccionados son 8, que estudian segmentariamente. así: en el nervio neumogástrico constatan dilatación capilar, tumefacción de los endotelios, vasos trombosados en el peri-nervio, reacción adventicial con algunas mastzellen; el paciente acusó palpitaciones, tos improductiva, dolor torácico, etc. En el ganglio simpático cervical medio izquierdo hallan tigrolisis de las células ganglionares, endotelio tumefacto en el conectivo peri-ganglionar con linfocitos, histocitos adventiciales y células muscadas; además, trombosis en el tejido nervioso. Iguales alteraciones en el ganglio simpático de la cadena lumbar. En la glándula suprarrenal encuentran incluído un ganglio simpático con dos granulomas y a lo ya descrito se añade angioblastos formadores de neo-vasos; en la córtico y médulo-suprarrenal reacción adventicial y células endoteliales con parasitismo endocelular. En la raíz nerviosa del plexo braquial señalan verdaderas verrugas angioblásticas. En la hipófisis la reacción celular es discreta, las células endoteliales sufren intenso parasitismo. Los autores denominan trombo-angeitis-obliterante al compromiso vascular que ofrece el S. N. C. en la medula, bulbo, protuberancia, cerebelo, corteza (Asta de Ammon). región infundíbulo-tuberiana, talámica, etc. En fín, hacen algunas consideraciones clínicas, como la de un paciente que presentó hemorragia en la cápsula interna con la sintomatología correspondiente.

Discusión : El doctor Horvitz manifiesta la importancia del tema al que considera brillante aporte al estudio de la Enfermedad de Carrión.

DARIO ACEVEDO : **Mecanismo del apnea adrenalínica.**—El autor recuerda los estudios realizados por otros investigadores acerca del mecanismo de acción de la adrenalina sobre el centro respiratorio que son en cierto modo contradictorios. Hace algunas consideraciones sobre la técnica que sigue en sus experiencias en perros y expone los resultados obtenidos en siete casos. Las conclusiones a que llega son las siguientes: 1) el apnea adrenalínica es constante en el animal in toto, teniendo una intensidad y duración proporcionales a la dosis inyectada. 2) el apnea adrenalínica es fundamentalmente de origen reflejo, estando subordinada al aumento de presión arterial al nivel de las zonas reflexógenas cardiosensibles, trasmitiéndose los impulsos apneizantes del centro respiratorio por la vía de los nervios vasosensoriales amortiguadores. 3) en el perro cuyos troncos vagosimpáticos han sido seccionados y cuyas zonas intercarotídeas han sido denervadas, se suprime casi de manera constante el apnea adrenalínica. 4) excepcionalmente, a pesar de una denervación rigurosa de las zonas intercarotídeas y de la sección de los troncos vagosimpáticos, puede aparecer un hipersímo efecto apneizante de la adrenalina, explicable por una cierta acción directa de ésta sobre el centro respiratorio.

DARIO ACEVEDO Y FERNANDO MONTESINOS : **Contribución al estudio de la taquifilaxia pituitrínica.**—Hacen un completo estudio de las acciones del extracto total del lóbulo intermedio-posterior de la hipófisis, en especial del curioso e interesante fenómeno de verdadera inmunidad vascular que ha recibido el nombre de taquifilaxia o skeptofilaxia pituitrínicas, de breve duración y de mecanismo no bien conocido; pero que sus experiencias en perros, conforme técnica que exponen, les permiten explicarla por un mecanismo distinto. Las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

conclusiones que se derivan de tres observaciones son las siguientes: 1) La taquifilaxia pituitrínica se manifiesta en el animal intacto, cuando dos inyecciones de pituitrina se practican sucesivamente, con un intervalo de tiempo menor de cuarenta minutos. 2) La taquifilaxia pituitrínica desaparece en el perro bivagotomizado y con los senos carotídeos denervados. 3) Ella se debe, fundamentalmente, a un reflejo cardiosensible, capaz de suprimir, por depresión del centro vaso-motor bulbar, la hipertensión pituitrínica correspondiente a la segunda inyección. 4) Es frecuente observar que la inyección de pituitrina produce una elevación tensional, acompañada de una variación bifásica, traducida por una elevación brusca y fugaz; luego, un descenso discreto y finalmente un incremento progresivo y durable de la presión arterial.

A continuación el doctor Demetrio E. García a nombre de la Delegación Argentina, el doctor F. Herrera Guerrero a nombre de Venezuela, el doctor Baldomero Arce Molina en representación de la Delegación Chilena y el doctor Edgard Pinto Cesar, expresaron en conceptuosos términos su reconocimiento a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal de Lima.

Sesión del 3 de Mayo de 1939 (Inaugural del año)

DISCURSO DE APERTURA LEIDO POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD, DOCTOR HONORIO DELGADO

El reglamento preceptúa que en la primera sesión de cada año el presidente lea un discurso inaugural. Cumplo este deber expresando ante todo la satisfacción que me produce la feliz manera cómo ha iniciado su existencia la Sociedad.

A pesar de haber sido breve el primer año académico de nuestra institución, se han realizado cuatro sesiones ordinarias, de septiembre a diciembre de 1938, y una extraordinaria el 23 de marzo último, con motivo de la reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas en Lima. En las cuatro sesiones ordinarias se han presentado catorce comunicaciones y en la extraordinaria cuatro. En esta última fueron incorporados como Miembros Honorarios los beneméritos colegas extranjeros que vinieron con el carácter de delegados oficiales a nuestro congreso, dejando el recuerdo imborrable de su alta competencia y caballerosidad.

Nuestra institución no ha nacido principalmente para suscitar el interés acerca de los estudios neuro-psiquiátricos y médico-forenses, pues tal interés se ha manifestado desde hace tiempo entre nosotros. Ha nacido con el fin de que la actividad conscientemente promovida por sus pocos cultores tenga expansión y sobre todo un ámbito para el comercio científico de los mismos. Se ha establecido y ha cumplido su primera etapa de vida respondiendo a una necesidad sustantiva y específica de vinculación amistosa de los especialistas en un esfuerzo productivo solidario y patriótico. Las tres ramas de la medicina que se integran en la prosecución unitaria tienen en realidad nexos esenciales: todos enfrontan al ser humano y sus desórdenes de manera realmente capital, esto es, la neurología en su más alta integración biológica, la psiquiatría en la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

anímica, la medicina forense en la normativa, cada cual sin descuidar los otros planos de unificación. Además, las tres especialidades, por la índole de su objeto de estudio, son las más relacionadas, en su conjunto y separadamente, con la medicina general, el tronco originario.

Afortunadamente, en los últimos años la Facultad de Ciencias Médicas, a la vez que trata de perfeccionar las condiciones de formación de los futuros profesionales, fomenta el desarrollo de la investigación científica atendiendo a la provisión de medios técnicos en clínicas y laboratorios así como al incremento de la información y producción bibliográficas. Con esto la neuro-psiquiatría peruana ha recibido apreciable ayuda, lo que favorece la eficacia académica de nuestra Sociedad. En efecto, varios trabajos originales presentados en las sesiones ordinarias de 1938 y en la extraordinaria del mes de marzo último no se habrían podido llevar a término sin esa ayuda. Igualmente, el texto de no pocas comunicaciones así como el resumen de nuestras sesiones se publican en la **Revista de Neuro-Psiquiatría,** órgano de la cátedra correspondiente de la Facultad.

La manera cómo se ha realizado en Lima la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas es otra prueba tanto del interés del cuerpo médico en general por los progresos de la especialidad cuanto del grado de preparación de lo que los delegados extranjeros han llamado amablemente "la escuela peruana". Sólo indicaremos a propósito de lo primero que, según el registro de movimiento de concurrencia a las sesiones, el término medio de asistentes a ese congreso ha sido de cuatrocientas personas por día. Y a propósito de la colaboración de los colegas nacionales me es muy satisfactorio dejar constancia de que los miembros de esta Sociedad han actuado en forma verdaderamente plausible.

Constituye prueba del prestigio público de la neuro-psiquiatría la forma en que el Supremo Gobierno ha apoyado la realización de las Jornadas, y su preocupación por mejorar de modo radical las condiciones tanto de la asistencia de los enfermos del sistema nervioso y de la mente, cuanto de la enseñanza de las ramas correspondientes de la medicina.

A nadie se oculta que el favor de que goza la especialidad entre nosotros en parte principal es reflejo de la evolución de la ciencia neurológica y psiquiátrica en el mundo. En realidad, hasta hace pocos años el neurólogo podía definirse sin gran violencia como un anatomopatólogo de inválidos del cuerpo y el psiquiatra como un confinador de inválidos del alma. Las grandes adquisiciones recientes en materia de saber y técnica de diagnóstico y terapéutica han hecho del neurólogo y del psiquiatra especialistas de intervención eficaz — siempre que se les consulte a tiempo — en la misma medida que cualquier médico o cirujano. El criterio dinámico e integralista, que en ambas disciplinas sirviera primero para la inteligencia del proceso mórbido, hoy a menudo permite resolver en cambio favorable los estados de perturbación estacionaria o progresiva.

Señores :

En este camino promisorio iniciamos las labores del segundo año de existencia de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, sin más programa que la voluntad firme de hacer obra efectiva, por modesta que sea su entidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SERGIO BERNALES y JOSE MAX ARNILLAS ARANA : **Derivaciones jurídicas de un peritaje psiquiátrico.**—Los autores estudian los diferentes problemas que se plantean al perito en los juicios civiles y un caso de interdicción fué ampliamente comentado con aporte de hechos clínicos, de discriminación diagnóstica y de aplicación jurídica. Algunas observaciones de carácter clínico sobre la importancia del diagnóstico precoz en las enfermedades mentales, y su tratamiento por los métodos modernos, explicando la íntima relación que existía entre la interdicción estudiada en el peritaje y en la terapéutica que ha debido seguirse por el interés de las personas que intervinieron en el proceso judicial.

Discusión : El doctor Sal y Rosas expresa — como médico tratante — que la enferma no obstante el tratamiento inicial con sedantes cayó en esquizofrenia; la cura con Cardiazol después de la primera inyección fué rechazada por los familiares.

El doctor Trelles manifiesta haber comprobado el estado de alienación mental de la enferma.

El doctor Delgado llama la atención acerca del daño social que podría evitarse si los jueces y abogados se limitaran a la función que les incumbe y si conocieran los beneficios de un tratamiento precoz.

LUIS PESCE : **Tratamiento fisioterápico de la parálisis infantil.**—Hace una revista de los tratamientos empleados en la parálisis infantil, desde el período agudo de infección hasta las secuelas, insistiendo sobre las indicaciones de cada una y a ese propósito señala los métodos que utiliza en la cura de las secuelas y cita sus observaciones personales con resultados halagadores mediante la radioterapia, según técnica que resume así: onda corta, aplicación focal, electrolisis transmedular periférica, baño caliente.

Discusión : El doctor Juan Voto Bernales observa los procesos inflamatorios que la radioterapia puede producir e indica la eficacia del baño caliente más la kinesiterapia.

El doctor Krumdieck señala la regresión espontánea de la parálisis infantil.

El doctor Soto expresa su impresión favorable de la radioterapia que actuaría sobre el proceso inflamatorio y nó sobre la degeneración nerviosa. su técnica consiste en tres períodos de nueve sesiones interdiarias cada uno, con intervalos de un mes. Si el caso no cura debe abandonarse el procedimiento.

J. O. TRELLES Y M. MENDEZ-PARODI : **Un caso de atrofia cerebelosa.** —A propósito de una enferma con trastornos cerebelosos puros, sintomatología que encuadra con el diagnóstico clínico. Los autores proyectaron una película de este interesante caso.

Sesión del 7 de Junio de 1939.

JUAN VOTO BERNALES Y JORGE LAZARTE : **Sobre tres casos de espasmo de torsión.**—En el primer caso el síndrome de espasmo de torsión se ins-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tala a consecuencia de una encefalitis, afectando a los músculos del cuello y de los miembros del lado izquierdo. En el segundo, los trastornos comienzan durante la convalecencia de un proceso de verruga peruana, asentando en los músculos que bajan el maxilar inferior y flexionan la cabeza; la deglución y la articulación de la palabra son dificultosas y hay hipertonía generalizada. En el tercero, los primeros síntomas aparecen poco tiempo después de una fiebre tifoidea, y su asiento es en los músculos del cuello y de los miembros del lado izquierdo; hay torsión de la cabeza, rigidez muscular y temblor contínuo.

Los autores ponen en relieve la diversa etiología del síndrome en referencia, señalando particularmente la aparición de los trastornos, en el segundo enfermo, durante la convalecencia de un proceso de Enfermedad de Carrión.

Las pruebas de suficiencia hepática verificadas en dos de los casos han revelado la normalidad del funcionamiento de ese órgano.

Como medicación de prueba emplearon el Cardiazol por vía endovenosa en dosis no convulsivante, sin haber obtenido resultados favorables.

Discusión : El doctor Trelles señala la importancia del segundo caso; hace ver que un verrucoma localizado en el cuerpo estriado induce a colocar por primera vez la Enfermedad de Carrión como posible etiología de espasmos de torsión.

El doctor Sal y Rosas manifestó haber conocido en años anteriores el caso y perfila datos patológicos respecto de los familiares.

JUAN F. VALEGA: **Efectos Neuro-psíquicos del trauma eléctrico.**—El autor relata la historia de un joven obrero que accidentalmente coge un cable de alta tensión : shock, pérdida de conciencia. Recuperación rápida; en los días que siguen episodio confusional neto. Después astenia, cefaleas y vértigos, evolución lenta hacia la recuperación total en cuatro meses. El autor pone en relieve, a propósito de este caso, el interés de la cuestión y recuerda las últimas adquisiciones fisio-patológicas. Para terminar insiste especialmente sobre el tratamiento de elección y sobre los numerosos problemas médico-legales que se plantean.

Discusión : El doctor Delgado interroga si se ha verificado estado tímico linfático en los fallecidos por el shock eléctrico.

El doctor Valega responde negativamente.

C. GUTIERREZ-NORIEGA : **Variaciones de la dosis convulsivante liminar de cardiazol en los epilépticos.**—En los estados de agitación psico-motriz de los epilépticos la dosis mínima convulsivante de Cardiazol es relativamente elevada, muchas veces superior a 5 cc. Si se repite la observación cuando ha pasado el estado de agitación se observa que la dosis convulsivante mínima ha descendido a la mitad o aún menos, es decir, a la proporción correspondiente a estos enfermos. La causa que en el primer caso eleva la dosis liminar convulsivante puede ser el tratamiento por luminal; los bromuros no originan ninguna modificación de la misma. Lo esencial es que durante el estado de agitación aumenta la dosis convulsivante liminar y desciende a su nivel primitivo al recuperarse la tranquilidad. El ataque artificial condiciona la derivación de un estado de excitación central que el aumento de resistencia a las convulsiones mantiene en tensión. La susceptibilidad epileptógena parece estar en relación in-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

versa con la emotividad y el movimiento. No se puede atribuir este fenómeno al luminal, por lo menos en todos los casos, pues en muchos enfermos el tratamiento por este hipnótico no modifica la dosis liminar convulsivante, y enfermos no tratados por hipnóticos presentan dichas variaciones de dosis cuando sufren de agitaciones intercurrentes. Estas observaciones conducen a las siguientes interrogaciones: ¿existen en los epilépticos variaciones espontáneas o influenciadas por el tratamiento de la susceptibilidad a las convulsiones? y si existen, como lo demuestran estas experiencias preliminares, ¿se relacionan tales variaciones con la compleja sintomatología mental de la enfermedad?

Discusión : El doctor Trelles piensa que la susceptibilidad de la zona epileptógena disminuye en el estado de agitación.

El doctor Sal y Rosas dá cuenta de estar experimentando en el Servicio del doctor Delgado la dosis de Cardiazol mínima convulsivante en epilépticos y no epilépticos.

C. GUTIERREZ-NORIEGA : **El tono neuro-vegetativo determinado por la prueba de la atropina en los esquizofrénicos.**—Han sido efectuadas investigaciones del sistema nervioso vegetativo en 80 esquizofrénicos, sólo se considera el resultado obtenido en 60 de ellos por razones técnicas. El método de investigación fué la prueba de la atropina, con modificación del procedimiento de Danielopolu. De sus observaciones se deduce lo siguiente : 1° en el paciente esquizofrénico la alteración del tono neuro-vegetativo se relaciona con la distimia y puede variar con ella; 2° sólo en las grandes distimias y en los estados catatónicos hay señaladas alteraciones. 3° entre los enfermos distímicos se demuestra algo paradojal : los agitados son principalmente hipoanfotónicos, y los tranquilos son hiperanfotónicos. Estos resultados sugieren la siguiente conclusión, que se enuncia como simple hipótesis de trabajo : **la agitación motriz es un mecanismo de liberación de potenciales de excitación neuro-vegetativa,** que podría determinar una transición de hiperanfotonía a hipoanfotonía. Por lo menos, algo semejante ocurre en el epiléptico en el cual el ataque convulsivo parece también ejercer la función de derivación de estados emotivos, manifestándose la agitación psico-mortiz cuando el ataque no puede verificarse.

Discusión : El doctor Trelles señala los contradictorios resultados obtenidos por él en pacientes investigaciones sobre el tono neuro-vegetativo en esquizofrénicos y no esquizofrénicos.

El doctor Gutiérrez-Noriega al considerar los diversos procedimientos estima inequívoca la prueba de la atropina con la técnica que él ha utilizado.

Fernando Figari D. C.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

CONGRESOS CIENTIFICOS

Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas Lima, 20-25 de Marzo de 1939.

La Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tuvo lugar en esta capital del 20 al 25 de Marzo del presente año, bajo la Presidencia del Profesor Honorio Delgado, actuando como Secretario General J. O. Trelles. Esta Reunión ha constituído uno de los acontecimientos de mayor importancia médico-científica que se han realizado en el Perú y cuyos alcances continentales son considerables. El éxito de la reunión se debe tanto a la concurrencia de delegaciones extranjeras integradas por eminentes personalidades, como a la importancia y trascendencia de los trabajos presentados, que ponen en relieve el nivel científico que se ha alcanzado. La Argentina, Brasil, Cuba, Chile, Santo Domingo, Estados Unidos y Venezuela estuvieron brillantemente representados por sus más calificados especialistas; los otros países que por razones materiales no pudieron hacerse presentes por intermedio de sus respectivas delegaciones, en cambio enviaron a estas Jornadas valiosa colaboración que contribuyó grandemente a su mayor éxito.

El espacio reducido de que disponemos no nos permite exponer con amplitud los resultados alcanzados en este torneo continental y nos obliga a una información breve de los hechos más saltantes de las ponencias oficiales y a un seco resumen de los trabajos libres.

La Sesión Inaugural tuvo lugar en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, bajo la Presidencia del Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, doctor G. Almenara, con asistencia del Presidente del Gabinete, General E. Montagne y del Ministro de Relaciones Exteriores, Carlos Concha; del Rector de la Universidad; A. Solf y Muro; del Decano de la Facultad de Medicina, C. Villarán; en presencia de un numeroso y selecto público.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El Programa de la Reunión contemplaba los siguientes puntos:

1°—TEMAS DE NEUROLOGIA:

a) **Acerca de la variabilidad cito-arquitectural de la corteza del lóbulo frontal del cerebro humano.**

b) **El Dolor.**

2°—TEMAS DE PSIQUIATRIA:

a) **La Hipocondría.**

b) **Tratamiento de la Esquizofrenia.**

c) **El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente.**

3°—TEMAS DE MEDICINA LEGAL:

a) **Fundamento biológico de la incapacidad civil de los alienados.**

b) **Deontología en la práctica del Seguro Social.**

I NEUROLOGIA

PRIMER TEMA

ACERCA DE LA VARIABILIDAD CITO-ARQUITECTURAL DE LA CORTEZA DEL LOBULO FRONTAL DEL CEREBRO HUMANO por E. Encinas (Lima)

El relato se funda en los resultados de las investigaciones cito-arquitecturales llevadas a cabo en tres cerebros humanos europeos: uno de ellos pertenecía a una de las más notables figuras científicas nor-europeas que había dedicado gran parte de su vida a trabajos de gran valía, los otros dos a sujetos sin historia ni actividad de especial importancia. Después de analizar y comparar los resultados obtenidos en cada uno de los tres casos se plantean tres problemas: 1° ¿Existe una concordancia evidente, o sólo una determinada semejanza entre la repartición territorial topográfica en cerebros de distintos individuos, o en otras palabras, es posible repartir la superficie cortical del cerebro de individuos distintos en zonas arquitecturales concordantes, y si esto es así bajo qué principios? 2° ¿En qué consisten en general las concordancias o las variaciones en los diferentes individuos? 3° ¿Existen campos constantes e inconstantes, y en qué modo varían los primeros, en los diferentes individuos, según la forma, dimensión, situación u otra circunstancia?

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se encuentran modificaciones estructurales entre un cerebro y otro que se refieren sea al desarrollo especial de las capas aisladas, a la densidad y tamaño de los elementos celulares en el espacio total de una sola lámina, al desarrollo de determinadas formas celulares, o finalmente a la anchura de la corteza o a la relativa relación de amplitud de las diferentes capas. Sobre este criterio se funda el conocimiento de las variaciones locales en la textura celular de la corteza cerebral, y la posibilidad de ampliar sus recursos a la comprensión de las variaciones individuales. Las diferencias encontradas son de carácter "omnilaminar"; se refieren a las modificaciones en las células y estratos que constituyen un campo considerado en corte perpendicular a la superficie, y toman en consideración tanto al conjunto como aisladamente a cada uno de sus componentes. Un determinado campo en un cerebro es distinto del homólogo en otro, no sólo por la existencia de particulares diferencias en los estratos y células, sino porque "el todo" es diferente, desde la anchura de la corteza, grosor y densidad de las láminas, tamaño, forma y disposición de las células, relaciones limítrofes, etc.

SEGUNDO TEMA

EL DOLOR

BASE ANATOMICA DEL DOLOR por el Profesor J. O. Trelles (Lima)

El dispositivo nervioso puesto en juego en la integración del dolor comprende: receptores especializados, cutáneos, profundos y viscerales, de los que parten conductores particulares que se organizan probablemente siguiendo una disposición somatotópica y recorren todo el eje encéfalo-medular, ocupando en él una topografía bien determinada hoy, conductores que terminan en los centros talámicos y corticales. En cuanto a los centros, aun cuando Head y muchos autores opinan que el núcleo interno del tálamo es el centro exclusivo del dolor, no se puede negar el hecho que existe un centro de integración superior, cortical, en las circunvoluciones parietales. Al primero, talámico, corresponde la coloración afectiva, al último la percepción y localización dolorosa, la discriminación. El tálamo sería el centro del dolor protopático, la corteza el centro del dolor epicrítico; al primero se debe la noción de desagradable, al segundo la noción de dolor propiamente dicho.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Es necesario considerar siempre los tres factores anatómicos: el de los receptores periféricos, el de los conductores y el de los mecanismos centrales. Parece difícil que siempre entren en juego de manera invariable y en proporciones fijas: es lógico suponer que el estímulo sufre en su recorrido una serie de modificaciones esencialmente variables, con el predominio de uno de sus eslabones o con su inhibición. Así se encontraría la razón de muchos aspectos obscuros del problema. Ni las teorías exclusivas de la irritación, ni las modernas de la inhibición, pueden explicar satisfactoriamente un fenómeno de conciencia como el dolor. Cada una de ellas contiene parte de verdad. El dolor no es sino el resultado de funcionamiento de este sistema que se ha esquematizado, el estímulo registrado por los receptores es conducido y transformado por los conductores hacia los centros de integración. El agente morboso al actuar sobre cualquiera de los escalones o puntos del sistema lo hace vibrar y produce dolor, dolor de intensidad y calidad variables con la altura en que el agente ataca el dispositivo. Además esta acción se ejercerá unas veces por el mecanismo de la excitación o de la irritación otras veces, y, cuando desorganiza o bloquea los centros, por el mecanismo de la inhibición; es decir, por la exaltación de los eslabones inferiores.

2. FISIOLOGIA DEL DOLOR por el Profesor José Bernardo Odoriz (Buenos Aires)

El autor en procura de una satisfactoria explicación del por qué del dolor y de cuál su naturaleza, aborda su exposición con los conceptos que se han sucedido en el estudio del dolor desde cuando sólo se le consideró clínicamente como factor de un cuadro determinado hasta la fase fisiológica que se inicia con Fodera en 1822, y termina con los neurocirujanos modernos que casi han precisado las vías anatómicas y con los electro-fisiólogos que, por medio del oscilógrafo de rayos catódicos, han visualizado la propagación del dolor.

Se detiene en consideraciones sobre los signos objetivos del dolor, de los receptores cutáneos. Hace en seguida una minuciosa descripción de cómo la electro-fisiología ha determinado la distribución especial de las fibras, la especificidad de los órganos receptores y la capacidad de fibras que harían factible la conducción en forma discriminada de impulsos hacia los centros. El proceso real de integración central se efectúa según los factores tiempo y espacio, que deben armonizar para evitar los resultados de la plasticidad del sistema nervioso central. Estudia cómo la irradiación forma parte de la reacción

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dolorosa, pero está limitada a niveles fisiológicos gracias al proceso normal de inhibición; en seguida considera la anatomía del dolor para estudiar sus manifestaciones eléctricas, de lo que hace un capítulo; estudia el "potencial de acción" que sería la acción nerviosa misma de la neurona, se llega así a hacer la diferenciación histológica y funcional de las fibras. Distingue fibras A, mielinizadas, gruesas, que conducen con velocidad de 90 a 40 m. por segundo, fibras B, casi siempre mielinizadas conducen de 40 a 15 m. por segundo y fibras C, casi nunca mielinizadas, conducen de 2 a 0.5 m. por segundo. Las fibras A y B corresponden a los nervios de la vida de relación y las C, en general al sistema autónomo. Entre los grupos B y C hay fibras que por unas características pertenecen al grupo B y por otras al grupo C. El impulso doloroso puede ser conducido por los tipos más variados de fibras, no está limitado a un solo grupo, como pensaron ADRIAN y HOAGLAND, y por fibras de velocidad propia del sistema autónomo: se puede dejar en un nervio mixto sin bloquear las fibras C con manguitos presores (Lewis, Pickering y Rothschild) o con descargas adecuadas de condensadores (Toennies y Odoriz) y la sensación dolorosa varía de la despertada normalmente. Luego considera la conducción de las sensaciones dolorígenas en las vísceras y músculos; el electro-mielo-grama estudiado en animales experimentando sobre el reflejo de flexión y los resultados teniendo en cuenta la respuesta a excitaciones variadas nociceptivas o nó en el tren posterior de perros espinales (Brunschweiller).

Expone la integración del dolor y el mecanismo de facilitación e inhibición en la actividad medular prolongada de animales espinales. Determina por el neurograma que la facilitación e inhibición son procesos opuestos, fundamentales y simultáneos. Un estímulo externo (pinchazo, etc.) provoca una descarga de impulsos aferentes, casi simultáneos, en diferentes tipos de fibras que llegan a los centros medulares en fina e irregular dispersión temporal; las respuestas reflejas medulares se cumplen en tiempo brevísimo y dejan una actividad reverberante de las neuronas internunciales en los centros medulares durante 150-180 milisegundos. A la vez llegan a la medula impulsos aferetes de fibras más lentas (impulsos dolorígenos, por ej.) y la encuentran en plena actividad reverberante. La totalidad del proceso será una mezcla simultánea de facilitación e inhibición, y estos fenómenos se ponen de manifiesto intensamente en cualquier momento del electromielograma. En última instancia estos procesos son sinápticos, cuya modificación alterará el proceso dolorígeno. A los efectos de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

inhibición están sometidos los influjos sensitivos en su pasaje al tálamo y la corteza. Considera el dolor como fenómeno físico-químico y humoral y estudia la cronaxia como un índice del dolor siendo la cronaxia un exponente de la excitabilidad del sistema nervioso. En fín el autor hace un exhaustivo estudio acerca del dolor a distintos niveles del neuroeje.

3. FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR por el Profesor Vicente Dimitri (Buenos Aires)

Se ocupa el autor del DOLOR como manifestación anormal o patológica, de aparición espontánea y provocada por una causa vascular o por una acción irritativa, compresiva, toxi-infecciosa o inflamatoria, tal como lo observa el médico en el enfermo; en oposición a la sensibilidad dolorosa estudiada por los fisiólogos, provocada por agentes punzantes, cortantes o quemantes y que actuando sobre los receptores periféricos se trasmite por determinadas vías, a través de estaciones intermediarias, por etapas, llegando al tálamo para ser percibida en la corteza. El autor elude deliberadamente de su relato los síndromes dolorosos periféricos, mejor conocidos que los centrales y que son más del dominio de la cirugía que de la verdadera neurología; en cambio se concreta a interpretar los casos dolorosos y su fisiopatología, provocados por lesiones del tronco encefálico, particularmente los de la región talámica y regiones adyacentes. De las lesiones bulbo-protuberanciales que provocan dolores, estudia los casos publicados más conocidos y trae a colación uno propio con gran dolor a distribución hemipléjica, de carácter talámico, pero cuya lesión se encontraba al nivel de la formación reticulada de la calota y de su haz central. A los casos talámicos dedica especial atención, recordando especialmente los estudiados recientemente por Schuster y Ajuriaguerra, considerando extensamente algunos casos personales de síndromes talámicos. Esto da motivo a que el autor se ocupe de las respuestas motrices ("autónomas y somáticas") sobreagregadas a las perturbaciones afectivas, dividiéndolas en espontáneas o provocadas, sacudidas brutales en masa o temblorosas y distales. Después de considerar la naturaleza de las variadas lesiones que originan estos síndromes dolorosos, se detiene especialmente sobre las vasculares, que son las más frecuentes, dándole mucha importancia al factor cicatricial retráctil escleroso, sobrevenido algún tiempo después de la lesión inicial y que estaría de acuerdo con la evolución de ciertos casos talámicos, en los que apareció el dolor algunos meses después de producido el ictus o la obstrucción vascular.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Después de hacer consideraciones sobre la sensibilidad protopática y epicrítica, concluye por admitir la veracidad de los conceptos de Head, habiendo comprobado la acentuación marcada del dolor después de una inyección neurolítica en los nervios braquiales en un caso de síndrome talámico por él observado.

4. EL DOLOR EN LAS ENFERMEDADES VISCERALES por el Profesor Max González Olaechea (Lima)

El autor considera el dolor sintomático de enfermedades viscerales, como una reacción protectora del organismo, que desempeña un rol biofiláctico porque obliga a adoptar posiciones antálgicas que a la vez prestan protección al órgano enfermo.

Después de una rápida enumeración de las manifestaciones dolorosas en las afecciones viscerales más frecuentes, manifiesta que el dolor no sólo se localiza o es referido al órgano enfermo, sino que irradia a los nervios o plexos próximos y a zonas periféricas más o menos alejadas.

En lo referente a la vía de conducción expresa que las excitaciones producidas en la víscera son captadas por las terminaciones sensitivas que ellas poseen y trasmitidas por las proyecciones centrípetas que terminan en el ganglio catenario, en la medula por medio de los rami-comunicantes, en el tronco común de las raíces raquídeas y en el ganglio espinal. De las neuronas sensitivas de la zona intermedio lateralis, en donde terminan las prolongaciones cilindroaxiles emitidas por los ganglios catenarios, parten prolongaciones que van hacia la zona profunda del cordón anterolateral del lado opuesto, formando el haz espino-talámico, que asciende atravesando el bulbo, la protuberancia, la calota peduncular hasta el núcleo anterolateral del tálamo óptico que es centro de percepción de las sensaciones brutas, elementales o protopáticas de Head; a partir de allí las proyecciones sensitivas se dirigen a la corteza y abordan la zona frontoparietal donde se perciben las sensaciones discriminativas, concientes o epicríticas de Head.

En cuanto a las concepciones más importantes sobre el dolor visceral, las sintetiza así:

Mackenzie, Head, Pottenger y otros, admiten que la excitación partida de la víscera enferma se transmite por los rami-comunicantes directamente a la medula en la que se excitaría el sistema simpático y también el cerebro-espinal y se producirían manifestaciones dolorosas periféricas metaméricas o no.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Leriche, Wernoe y Salmon admiten que la excitación partida de la víscera determina en los ganglios catenarios un reflejo vasoconstrictor que trae como consecuencia manifestaciones dolorosas periféricas y contractura muscular, por deficiente irrigación de los músculos. Leriche no admite la existencia de fenómenos dolorosos de origen medular.

El relator objeta la concepción de Leriche recordando la topografía radicular, perfectamente clara, del dolor en el cuadro de angina de pecho, en el que hay irradiaciones dolorosas horizontales en la región precordial y longitudinales en la parte interna del brazo. Igualmente, en los dolores de la próstata hay proyecciones de tipo radicular en el vientre, región lumbar, muslos, etc. Si las cosas sucedieran como piensa Leriche la exteriorización del dolor debería ser irregular. Respondiendo a Leriche, quien no encuentra explicación para las irradiaciones dolorosas a puntos alejados quedando indemnes los intermedios, recuerda que en las enfermedades a virus neurotropos puede verse cómo las agresiones se ejercen sobre centros muchas veces alejados unos de otros, escapando de ser lesionados algunos situados en el trayecto. No interpreta, sin embargo, este fenómeno por considerar indispensables estudios más profundos. En cuanto a la desaparición del dolor lograda por Leriche extirpando o novocainizando ganglios simpáticos, considera que con ello se interrumpe la vía que trasmite las excitaciones hasta los centros afectivos superiores, sin cuyo concurso no es posible la percepción de dolor.

Acepta con algunas reservas la concepción de Mackenzie que sintetiza así: de la víscera irritada parten excitaciones que van a la zona medular metamérica correspondiente, atravesando el ganglio o cadena ganglionar regional; pero la excitación se trasmite no sólo por intermedio de los rami comunicantes, como creía Mackenzie, sino por las prolongaciones cilindroaxiles que afluyen directamente al ganglio espinal respectivo y al tronco común formado por las raíces espinales. El centro medular excitado emite irradiaciones a la zona metamérica de la piel, que se hace dolorosa (reflejo viscero-sensitivo de Mackenzie) y produce simultáneamente una contractura en el músculo subyacente (reflejo viscero-motor de Mackenzie).

Las irradiaciones dolorosas además de ser metaméricas se propagan a centros medulares más o menos alejados e igualmente, cuando el punto de partida está en los ganglios catenarios, éstos emiten irradiaciones a los plexos nerviosos vecinos con los que se encuentran conectados.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

5. DOLOR Y TOXICOMANIA por el Profesor Maximiliano Rueda (Bogotá)

Manifiesta el autor que la toxicomanía tiene tres causas principales que la motivan: 1° Una causa terapéutica; 2° Una causa de orden afectivo (concepto de inferioridad, temor, vanidad, necesidad de sedación moral) y 3° La inducción o contagio dentro del cual puede incluirse la curiosidad por experimentar sensaciones extrañas. De las tres enunciadas la primera se relaciona directamente con el dolor y su tratamiento por las drogas heroicas.

Aunque el dolor en sí es un elemento de defensa y un aviso de la naturaleza que nos advierte de todo aquello que pone en peligro la integridad material del ser, es un fenómeno afectivo que produce en el paciente un estado emocional permanente, una angustia indescriptible que modifica el estado psíquico de los enfermos. La poderosa acción del opio sobre el sistema nervioso, el agrado extraordinario que produce, el sentimiento profundo de placer y la calma y sedación que provoca, no solamente sobre el elemento físico del dolor, sino también sobre el elemento psíquico y emocional, determinan la necesidad imperiosa que acusan los enfermos para la aplicación del sedativo cuando la dosis anterior ha terminado. Llega así un momento en que el médico, ante las exigencias del enfermo, se encuentra incapacitado para distinguir si se trata realmente de un fenómeno doloroso o si es pura y simplemente una necesidad de la droga que ya se ha apoderado del paciente, al que mueve en gran parte el temor de experimentar un nuevo sufrimiento. Para combatir la toxicomanía de origen terapéutico recalca la importancia de una educación apropiada del niño que lo haga fuerte contra el dolor que necesariamente ha de experimentar en el curso de su existencia; considera que el mejor método educativo a éste respecto consiste en el desarrollo de la educación física y la práctica intensiva de los deportes. Por otro lado, recomienda la estricta vigilancia del médico sobre el síntoma dolor para establecer el diagnóstico preciso antes de recurrir a la terapéutica fácil y segura, pero extremadamente peligrosa, de la inyección de morfina.

Termina manifestando que con la educación conjunta del futuro enfermo y de su futuro médico se logre quizá borrar de la etiología de la toxicomanía la causa llamada terapéutica.

6. EL DOLOR EN MEDICINA LEGAL por el Profesor Raimundo de Castro y Bachiller (La Habana)

Después de considerar los conceptos y definiciones que sobre el dolor se han planteado, entre los que recuerda el verso de Alfredo de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Musset que expresan el dolor como un inexplicable sentimiento del alma, pasa a desenvolver el problema de ¿hasta dónde y en qué forma puede conducirnos el dolor? Considera una conciencia subjetiva, que responde a hechos originados en la mente y una conciencia objetiva percibida a través de los sentidos, y expone la naturaleza de los estímulos que originarían la sensación, dentro de la cual la diferenciación funcional celular distingue su cualidad, su intensidad y su duración. Estudia el estímulo periférico dolorígeno y los trastornos tan variados y profundos que pueden originar en el organismo, desde el simple acto reflejo, defensivo e instantáneo hasta producir la incapacidad física o mental y hasta la muerte. La incapacidad funcional puede ser de un órgano, y no siempre ella es causa de dolor. Contempla al dolor como causa de insuficiente irrigación sanguínea, espasmos arteriales como la jaqueca, claudicación intermitente, ciertos dolores abdominales, la angina de pecho en ocasiones; el dolor se produce por espasmos musculares, en las avitaminosis, en las intoxicaciones por el arsénico, plomo, alcohol y toxinas vegetales. Esto es la base para que el autor se pregunte, si puede el dolor ser causa de la muerte, si el dolor puede producir por un mecanismo fisio-patológico el shock y éste ser de tal intensidad que la vida sea imposible; que este dolor puede ser producido por un proceso orgánico funcional de origen patológico interno. No será difícil concebir que frente a casos concretos se tendrá que contestar afirmativamente a esta pregunta planteada por el magistrado. En seguida el autor indica el problema de convencer al juez de que el dolor puede ser causa de insuficiencia física y que no se trata de simulador en diversas oportunidades o por especiales circunstancias. Al plantear el problema de si la incapacidad mental es provocada por el dolor del que pueda derivarse la irresponsabilidad legal del individuo o crear una atenuante, la resolución se basa en un prolijo estudio en conjunto. Después considera que la ausencia del dolor puede provocar un problema médico-legal y cita interesantes casos. Y al expresar de si el dolor es producto de la simulación, recomienda que antes de juzgarlo como tal basemos nuestro diagnóstico no sólo en la afección local.

7. UN NUEVO CAMINO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR por el Doctor Isaac Horvitz (Santiago de Chile)

El autor expone los resultados obtenidos con las inyecciones intradérmicas de histamina y con la ionización histamínica, en cerca de 150 casos de afecciones dolorosas que se pueden catalogar con la si-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

guiente enumeración: 1° mialgias, entre las cuales señala profesionales de diferentes órdenes, lumbagos, tortícolis. 2° neuralgias, entre las cuales cita trigeminales, post-zosterianas, intercostales, ciáticas, polineuríticas, simpatalgias, etc. En el conjunto de cuales casos ha observado del 75 al 80 por ciento de curaciones. Hace una minuciosa exposición de los mecanismos por los que actuarían los efectos farmacológicos de la histamina, principalmente el efecto antálgico, del cual concluye desde el punto de vista clínico-terapéutico, que las inyecciones intradérmicas de histamina o la ionización con esta substancia, constituye uno de los más poderosos antálgicos a que se debe recurrir siempre en las mialgias, en la mayor parte de las neuralgias, aún en las secundarias mientras hace efecto el tratamiento etiológico y en las afecciones relacionadas con la alergia.

8. PSICOLOGIA Y PSICOTERAPIA DEL DOLOR por el Profesor Austregesilo (Río de Janeiro)

El relato define, en la primera parte, el concepto del dolor desde un punto de vista fisiológico y se extiende mucho más largamente en el mismo concepto según psicólogos y filósofos, pasando en revista algo de lo mucho que se ha escrito sobre el tema. Así naturalmente es conducido a abordar el problema del consciente y del inconsciente, tal como las entiende la moderna psicología a la luz de las doctrinas freudianas. En seguida analiza las manifestaciones habituales del inconsciente en el orden fisiológico y en el orden patológico. Después expone lo que llama la cultura de lo consciente, es decir, la voluntad como factor terapéutico y educativo del carácter, insistiendo larga y minuciosamente sobre la persuasión. Igualmente analiza la cultura del inconsciente o subconsciente y desarrolla largamente la terapéutica por la imaginación, desenvolviendo el rol de la fe, de la Christian Science, de la sugestión y de la auto-sugestión. Contempla más adelante la psicoterapia de orden religiosa y filosófica, la cuestión tan controvertida del hipnotismo y termina detalladamente con las diversas cuestiones de la auto-sugestión.

Como conclusiones generales destaca: que la psicoterapia tiene acción sobre el dolor de origen orgánico y de origen funcional o psicogénico propiamente dicho. En los dolores de origen orgánico la psicoterapia actúa parcialmente, sobre todo como terapéutica sugestiva. En los dolores de origen psicogénico, la psicoterapia tiene su total aplicación. Para el tratamiento psicoterápico del dolor, el clínico tiene

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que emplear además otros procesos curativos. La uniformidad del método psicoterápico puede no dar resultado en el tratamiento del dolor. Se aconseja un análisis mental auxiliado por la sugestión como los factores de óptimos resultados.

II — PSIQUIATRIA

PRIMER TEMA

LA HIPOCONDRIA

1. NOTAS SOBRE LA HIPOCONDRIA por el Profesor Jaime de Mendoza
(Sucre)

La hipocondría no es una entidad nosológica de contornos precisos, no figura con personalidad propia en las clasificaciones psiquiátricas, es un síndrome que acompaña a diversas enfermedades. Entre estas figuran en primer lugar, las enfermedades viscerales de la cavidad abdominal, conforme al criterio antiguo. En la patogénesis de la hipocondría desempeña principal papel el sistema neuro-vegetativo y el glandular. El papel de la predisposición es capital en el determinismo de la hipocondría. En su sintomatología se debe señalar, en el orden psíquico, el tedio como su elemento pertinaz.

2. HIPOCONDRIA Y CONSTITUCION por el Profesor Juan Peón del Valle
(México)

El autor comienza por definir el concepto de constitución psicopática y aquel, mucho más general, de la personalidad, que abarca como sus integrantes la constitución, el temperamento y el carácter. Los estados hipocondríacos se presentan en deprimidos constitucionales, y están condicionados por multitud de factores endógenos y exógenos, orgánicos y psíquicos, entre los cuales predominan los siguientes: ambiente monótono, inadecuado o deprimente; personalidad ciclotímica; constitución asténica; disfunción cenestésica; espina irritativa orgánica. En el estado actual de nuestros conocimientos, la terapéutica de estos trastornos varía en función de la entidad clínica en la cual esté injertada la hipocondría. El tratamiento sintomático pasa a segundo término en las hipocondrías de los dementes y de los psicópatas con disgregación pero ocupa el primer plano en los deprimidos constitucionales puros (neurópatas), en los que puede emplearse el psicoanálisis, la psicoterapia sin base teorética, los métodos psicopedagógicos y las medicaciones bioquímicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3. HIPOCONDRIA Y MANIFESTACIONES HIPOCONDRIACAS por el Profesor A. Sicco (Montevideo)

Después del análisis minucioso y completo de la hipocondría y de los estados hipocondríacos que hace el autor se pueden extraer las siguientes ideas esenciales que deben promover y guiar el debate:

1° La hipocondría es una realidad clínica. Los hipocondríacos existen aún cuando su número haya disminuído después del conocimiento de las nuevas neurosis. Esta realidad clínica no puede desvirtuarse por consideraciones puramente formales. Puede haber discrepancia sobre si la hipocondría que parece biopática es una enfermedad o solamente un síndrome. Pero esta discusión, tal vez ociosa, podría plantearse a propósito de la mayoría de las "enfermedades" psiquiátricas.

2° La hipocondría debe ser una entidad nosológica. La hipocondría es un tipo clínico suficientemente especificado y relativamente frecuente como para no ser desdeñada por las descripciones nosográficas. Se puede sostener que la hipocondría es siempre secundaria y admitir por razons prácticas (como para la confusión mental y la epilepsia) la conveniencia de su inclusión en las clasificaciones psiquiátricas.

3° La hipocondría debe ser dividida en aguda y crónica. Esta división está justificada por la diferente etiología, patogenia, sintomatología y evolución. a) La hipocondría aguda en el terreno de la emotividad mórbida y de la ansiedad (neurosis ansiosa-psicastenia) y la hipocondría crónica en sujetos de carácter sadístico-anal. b) La hipocondría aguda es una reacción neurósica y la crónica un desarrollo obsesivo-delirante. c) La hipocondría aguda es un estado ansioso con nosofobias y en ella predomina el trastorno emotivo. La hipocondría crónica es un estado delirante y en ella predominan los trastornos paralógicos y del comportamiento. d) La hipocondría aguda evoluciona habitualmente en semanas o meses y es generalmente curable. La hipocondría crónica evoluciona de modo crónico y es generalmente incurable.

4° No existe una constitución hipocondríaca. Esto es verdad tanto para la aguda como para la crónica. Pero existe una predisposición hipocondríaca (en parte hereditaria y en parte adquirida) a la que se agregan motivos ocasionales.

5° La hipocondría debe ser separada de los delirios y anexada a las neurosis. a) Porque tanto la aguda como la crónica permiten la convivencia social. Los hipocondríacos son generalmente enfermos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciudad. b) Porque la hipocondría aguda es una reacción neurósica. c) Porque la creencia hipocondríaca es una idea sobrevalorada que está más cerca de las ideas obsesivas que de las delirantes.

4. LOCALIZACION NOSOGRAFICA DE LA HIPOCONDRIA por el Profesor Henrique Roxo (Río de Janeiro)

Después de un estudio completo de las diferentes afecciones mentales entre las que se encuentra la hipocondría el autor concluye que no se puede nosográficamente ubicar a la hipocondría en un cuadro clínico bien determinado, puesto que es un síndrome que se encuentra frecuentemente en clínica psiquiátrica mezclado a otras afecciones. Los elementos fundamentales de la hipocondría se construyen alrededor de alteraciones de la cenestesia y de la personalidad, que también se encuentran en la base de otras entidades mórbidas como la melancolía, esquizofrenia y delirios crónicos.

5. LA HIPOCONDRIA EN MEDICINA LEGAL

A. Ponencia del Profesor G. Uribe Cualla (Bogotá)

Después de un estudio descriptivo y semiológico de las ideas hipocondríacas el autor recalca la importancia que tiene para la Medicina Legal conocer las distintas formas en que se manifiesta la hipocondría, e insiste sobre la multiplicidad de fases en que se presenta y en las cuales interviene el perito para prestar su contribución a la justicia. En seguida estudia los problemas médico-legales que se presentan en las ideas hipocondríacas que se observan frecuentemente en la psicosis alucinatoria crónica, en la psicastenia, en la neurastenia, en la melancolía pre-senil, y en ciertos estados infecciosos o de autointoxicación; y sobre todo en la forma hipocondríaca de la parálisis general, de la melancolía, para terminar con los problemas que plantea a diario la sinistrosis y el verdadero delirio hipocondriaco.

B. Ponencia del Profesor J. M. Estapé (Montevideo)

Es necesario distinguir la hipocondría enfermedad, hipocondría síndrome y la hipocondría síntoma, que clínicamente corresponden a la hipocondría, los estados hipocondríacos y las manifestaciones hipocondríacas. Hay que tener siempre presente que todo hipocondríaco simple o delirante, primitivo o secundario, está en estado peligroso latente, es decir, predispuesto a una reacción anti-social (fuga, deserción, vagabundaje, etc.) o a una reacción anti-humana (homicidio, sui-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cidio, automutilación, etc.) Este estado peligroso latente en todo hipocondríaco con su correspondiente coeficiente de peligrosidad, adquiere una magnitud inaudita cuando se trata de un hipocondríaco delirante interpretador y reivindicador, especialmente en la esfera génito-sexual. En este caso especial el médico se encuentra en peligro máximo inmediato e implacable: homicidio o asesinato.

El paranoico hipocondríaco está frente al médico que lo trata en una actitud semejante a la del magnicida frente al hombre representativo. Se puede establecer cierto paralelismo psicopatológico y médico-legal entre el asesino de médicos (paranoico hipocondríaco) y el asesino de hombres representativos (paranoico reivindicador).

SEGUNDO TEMA

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

1. Ponencia del Profesor Gonzalo Bosch (Buenos Aires)

La experiencia del relator desde Abril de 1937 hasta la fecha, comprende 192 casos de insulinoterapia ; 122 de cardiazolterapia y 40 de tratamiento mixto. Al emplear la insulinoterapia acostumbra no prolongar los comas más de dos horas por considerarlo peligroso y procura siempre la cesación brusca del coma, buscando el shock emotivo. De sus observaciones concluye: 1o. Que las formas clínicas susceptibles de mayor mejoría son las estuporosas y catatónicas y la más rebelde la paranoidea; 2o. Que el número de comas necesario para obtener los resultados apetecidos oscila alrededor de 20; más allá las variaciones experimentadas por los sujetos son frecuentemente nulas; 3o. Que los enfermos destinados a mejorar acusan cambios sensibles desde los primeros comas, cuarto o sexto; 4o. Que la modalidad de reacción más favorable es la que se acompaña de intensa emotividad en el despertar o llega a crisis de excitación y convulsiones epilépticas; 5o. Que hay que contar con una edad terapéutica que no exceda de un año para lograr remisiones completas; 6o. Que ningún enfermo empeora psíquicamente como consecuencia del tratamiento.

De la terapia por el Cardiazol manifiesta que es un recurso menos exitoso y no exento de peligro ya que observó un deceso debido a una dilatación aguda del miocardio. En un total de 122 casos sus resultados fueron los siguientes: de uno a seis meses 6 curados, 13 mejorados y 11 sin mejoría; de seis meses a un año 2 curados, 9 mejorados y 7 sin mejoría; de más de un año 1 curado, 22 mejorados y 51 sin mejoría.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los casos de tratamiento mixto, en líneas generales, responden a los resultados de la insulinoterapia.

Considerando en conjunto los métodos de Sakel y von Meduna, sus conclusiones son estas: 1° Ambos tratamientos son los más eficaces que existen en medicina psiquiátrica para la esquizofrenia, estando su preferencia por el de Sakel; 2° Que es necesario considerar la esquizofrenia como un proceso en marcha, que necesariamente pasa por tres etapas: neurótica, psicótica y demencial y que sólo las dos primeras y en grado distinto son accesibles a los beneficios del tratamiento; 3° Que la forma francamente paranoidea es incurable, lo mismo que la demencia precoz simple, porque quizá responden a distintos factores constitucionales; y 4° Que el factor constitucional, como en clínica general, es preponderante en la determinación del éxito.

2. Ponencia del Profesor Honorio Delgado (Lima)

Presenta el resultado conseguido con el empleo de los dos métodos nuevos de tratamiento de la esquizofrenia. Indica el criterio con que se diagnosticaron esos casos, que deja, según Kurt Schneider, una posibilidad de error que depasa apenas al 1%. Sobre 183 enfermos tratados 87 estuvieron sometidos a la cardiazolterapia y 96 a la insulinoterapia, en 19 se empleó el tratamiento combinado.

De los 87 casos tratados por el método de von Meduna se logró remisión completa en 50 y remisión social en 6; mejoría en 12 y 16 quedaron sin modificación. En tres se tuvo que interrumpir el tratamiento. Los 31 casos con psicosis de menos de seis meses presentaron remisión completa 30, remisión social uno. Se señala cinco casos de recidivas, todos en enfermos antiguos, de más de año y medio. Las complicaciones graves con este método han sido la fractura del cuello del fémur en un paciente crónico con antecedentes de raquitismo; la activación de una tuberculosis latente en un esquizofrénico también crónico, y la gangrena pulmonar en otro enfermo igualmente crónico y con manifestaciones de decadencia física antes de iniciarse el tratamiento. Estos dos últimos casos con **exitus letalis,** así como el de la fractura del fémur figuran en la serie de los primeros enfermos tratados, antes de que se reconociese la importancia de excluir los casos sospechosos de tuberculosis y de verificar la calcemia.

De los 96 enfermos tratados por el método de Sakel tienen remisión completa 55 y remisión social 13; mejoría 16 y 7 quedan sin modificación; en 5 el tratamiento tuvo que interrumpirse por presentarse complicaciones graves. De los 49 casos con psicosis de menos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

seis meses se verifica remisión completa en 45, social en uno, mejoría en tres. Se producen 10 casos de recidiva, de los cuales 2 pertenecen al grupo de los agudos, 2 a los subagudos y 6 al de los crónicos. Las complicaciones y de malas consecuencias son todas infecciones del aparato respiratorio, que producen el éxitus letalis en 5 pacientes.

El tratamiento combinado aplicando Cardiazol después de no dar resultado la insulina, en 19 casos produce remisión completa en 6 y remisión social en 2, con una recidiva; mejoría en un caso; resultado nulo en 5, empeoramiento en 4 y muerte en uno. Las remisiones completas corresponden a enfermos de psicosis aguda y subaguda; de las sociales una de psicosis aguda y otra subaguda.

Nueve enfermos fueron tratados con insulina después de haber sido objeto de la cura con Cardiazol, de los cuales uno logra remisión completa y 3 remisión social, 3 sin mejoría y 1 **exitus letalis** por bronco-neumonia.

La conclusión general que se desprende de las observaciones hechas en 183 casos es la curabilidad de la esquizofrenia reciente, cualquiera que sea la forma clínica, con menos riesgo y tal vez con más probabilidades empleando el método de von Meduna.

3. Ponencia del Profesor Julio Endara (Quito)

Resume los problemas previos al tratamiento de la esquizofrenia, en la siguiente forma: 1° La esquizofrenia no es una entidad nosológica ni sólo un síndrome, sino más bien un tipo clínico. Cabe distinción sin embargo, entre esquizofrenia proceso y esquizofrenias sintomáticas o psicosis esquizomorfas; 2° Sentado lo anterior, es lógico que su etiopatogenia sea obscura y mas aún su anatomía patológica, siendo probable que jamás se llegue a describirla, por lo menos con caracteres específicos; 3° Es de todo punto indispensable proseguir las investigaciones físico-químicas, humorales, neurológicas y neurovegetativas, una vez que se reconoce cierta uniformidad sintomatológica, que permite sentar el diagnóstico con cierta seguridad. Estas investigaciones tienen importancia porque los recursos terapéuticos que más beneficiosos resultados proporcionan hasta hoy, nada tienen de específicos y todos en realidad se reducen a la provocación de shocks; 4° La terapia convulsivante e insulínica que proporciona buenos resultados, tanto en las formas procesales como sintomáticas y que igualmente rinde beneficios en el tratamiento de otras psicosis, afirma la reversibilidad no sólo de la afección sino de las mismas lesiones y, aparte de reconocer un fondo orgánico, que se transparenta por modificaciones

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del psiquismo, exalta el valor de las causas psicógenas. Vale pues insistir en los postulados de la patología funcional, sin que ello pueda ser argumento para invocar al psicoanálisis como recurso de primer orden en el tratamiento; 5° Estamos en los comienzos en cuanto se relaciona con el mecanismo íntimo de los shocks, y es indispensable insistir en el estudio de ellos; 6° A pesar de sus semejanzas, el shock insulínico difiere en mucho del shock cardiazólico; 7° existe desemejanza entre los ataques espontáneos de los comiciales y los accidentes convulsivos provocados por el pentametilenotetrazol.

Juzga el A. que para enjuiciar con sólido fundamento la importancia de los nuevos tratamientos, precisar mejor sus indicaciones y ordenar con toda claridad sus resultados, es indispensable no olvidar en cada investigación, los siguientes particulares:

a) Clasificación de los casos según la antigüedad de la afección;

b) Clasificación por componentes hereditarios;

c) Clasificación caracterológica y temperamental, indicando posibles variaciones raciales;

d) Clasificación de los tipos corporales, que puede tener gran valor pronóstico;

e) Clasificación teniendo en cuenta los tratamientos realizados anteriormente al empleo de los métodos actuales;

f) Observaciones psicopatológicas y fisiopatológicas; en el curso del shock hipoglicémico;

g) Observaciones fisiológicas y fisiopatológicas;

h) Observaciones químicas y humorales;

i) Características psicológicas del período de remisión.

j) Verificación del estudio anatomopatológico de los casos que hubieran sido sometidos a los nuevos tratamientos de las psicosis, especialmente la esquizofrenia.

4. Ponencia del Doctor Heitor Péres (Río de Janeiro)

El autor pasa en revista, en la primera parte de su trabajo, la historia de los tratamientos propuestos para la esquizofrenia y muestra la ineficacia de aquellos que hicieran nacer tantas expectativas en el pasado. En seguida se refiere a la revolución terapéutica que ha significado el descubrimiento de la insulinoterapia de Sakel y la cardiazolterapia de von Meduna, rápidamente señala sus beneficiosos resultados e insiste particularmente en que no se debe oponer ambos procedimientos, sino que deben emplearse según sus indicaciones particulares y si es necesario completarse en un tratamiento mixto. Se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

refiere luego con detalle a la técnica de la convulsoterapia, señala sus incidentes, accidentes y contraindicaciones. Para terminar aborda el interés del tartamiento ambulatorio por el método de von Meduna, que permite su larga aplicación en pacientes que, por diferentes razones, no pueden ser hospitalizados; tratamiento ambulatorio que se está aplicando en larga escala en los dispensarios del Brasil.

5. Ponencia del Profesor Samuel Ramírez Moreno
(México)

Después de exponer ordenadamente los principales métodos antiguos de tratamiento de la esquizofrenia y de emitir conceptos sobre la profilaxia de esta psicosis, (prohibición de uniones consanguíneas o de dos psicópatas entre sí, aislamiento y vigilancia de los hijos de esquizofrénicos, investigación psicológica y psiquiátrica en los escolares), así como sobre la necesidad de internamiento de los esquizofrénicos en hospitales psiquiátricos, aborda el A. con particular amplitud, el estudio de los tratamientos modernos de la demencia precoz por la insulina y el Cardiazol.

Los resultados generales obtenidos mediante el choque insulínico o hipoglicémico son de 57% de remisiones completas y 18% de remisiones parciales, en los casos que tienen menos de seis meses de duración; en los casos antiguos se obtiene 20% de remisiones completas y 45% de remisiones parciales, que pueden ser consideradas como remisiones sociales. En los casos en que no se obtiene curación, en general, los enfermos revelan alguna mejoría. Señala que este tratamiento da cierto porcentaje de muertes por lo que debe ser tenido por método delicado que requiere perfecto conocimiento de la técnica de su aplicación.

De los resultados obtenidos con el empleo del pentametilenotetrazol o cardiazol, expone un primer cuadro estadístico personal que consta de 14 observaciones de las que 7 corresponden a varones y 7 a mujeres. Obtuvo 4 remisiones completas, tres de las cuales fueron de evolución reciente (3, 5 y 9 meses) y una de evolución larga (3 años). Las remisiones parciales fueron 8, de distinto tiempo de evolución (desde pocos meses hasta 12 años), y los casos no modificados fueron 2, de 5 años y 2 años y medio de evolución.

En un segundo cuadro estadístico personal expone los resultados obtenidos con el método de von Meduna, en 44 casos. En 13 casos de menos de seis meses de evolución obtuvo 9 remisiones completas, 1 parcial, 1 remisión con recaída, 1 sin mejoría y 1 que está en trata-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

miento. En 16 casos, desde seis meses hasta dos años de evolución, obtuvo 6 remisiones completas, 2 parciales, 1 remisión con recaída, 6 sin mejoría y 1 que está en tratamiento. En 15 casos de más de dos años obtuvo 2 remisiones completas, 2 parciales, 4 remisiones con recaída, 2 sin mejoría y 5 que están en tratamiento. Concluye de sus observaciones que los resultados más favorables se obtienen en pacientes cuyo mal no pasa de seis meses y que dichos resultados van siendo menos frecuentes a medida que el mal va siendo más antiguo. Agrega que los resultados más favorables son mayores en las formas reactivas y sintomáticas que en las procesales.

De la terapia mixta por insulina-cardiazol anota que los resultados no son todavía bien conocidos, como aquellos de los procedimientos simples, pero que debe conceptuarse el método como un recurso más en la terapéutica de la esquizofrenia.

6. Ponencia del Profesor Arturo Vivado (Santiago de Chile)

Al comentar en general los métodos de Sakel, von Meduna y el de la malaria en el tratamiento de la esquizofrenia, el autor manifiesta que aún no puede hablarse de curaciones definitivas por estas terapias. Así lo aconsejan los poquísimos años de observación de las remisiones obtenidas, las recidivas frecuentes y las no escasas remisiones espontáneas. Y que en terapéutica psiquiátrica es aconsejable la cautela y que sólo la experiencia a lo largo de los años podrá decidir de modo definitivo sobre el valor de los actuales métodos de estudio, a los que debemos un mejor conocimiento de la por muchos conceptos enigmática esquizofrenia. Además, en la actualidad no son excepcionales los casos de pacientes con sintomatología típica esquizofrénica, cuyo cuadro mental cede ante un tratamiento específico bien llevado o después de una intervención quirúrgica adecuada. Estos cuadros, a pesar de los excelentes trabajos de Manz, al respecto, no siempre pueden ser clínicamente diferenciados de la esquizofrenia-enfermedad, y si no se hace el tratamiento etiológico, pasan a la cronicidad. He aquí los resultados: 1º El tratamiento de Sakel, dá un buen porcentaje de remisiones y éstas son más duraderas que en los otros métodos. Lo recomienda especialmente en las formas paranoideas y catatónicas de la esquizofrenia; debe hacerse siempre en locales especiales y con personal idóneo, a pesar de lo cual no deja de ser un procedimiento peligroso. 2º La cardiazolterapia, más sencilla y sin peligros para la vida del enfermo, no ha dado los maravillosos resultados que obtienen otros psiquiatras; parece excelente para comenzar

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el tratamiento de los esquizofrénicos y continuarla con insulina. Un buen porcentaje de las remisiones vuelven a caer en psicosis y ha sido difícil provocar muchos ataques en un mismo enfermo por la invencible resistencia que éstos oponen a la inyección. La psicoterapia que debe ser contemporánea con todos estos métodos es ilusoria en la cardiazolterapia por la razón ya anotada. Los mejores resultados se obtienen en las formas hebefrénicas y catatónicas. 3º la malarioterapia en la esquizofrenia, proporciona en el Manicomio Nacional un excelente porcentaje de remisiones y ha demostrado ser más eficaz en las formas simples. Las recidivas parecen ser numerosas. Se debe insistir en este método aumentando el número de accesos febriles.

Para terminar el autor expresa: no existe en la actualidad un tratamiento de la esquizofrenia, sino varios tratamientos con sus ventajas e inconvenientes y especiales indicaciones, que permiten actuar al psiquiatra con esperanzas de éxito. Y que algunas de estas terapias, con las modificaciones que imponga la experiencia, o, tal vez, otra derivada de las enseñanzas que de éstas obtendremos nos permitirá en días no lejanos, triunfar de este terrible azote de la humanidad que llamamos esquizofrenia.

TERCER TEMA

EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS DE LA MENTE

1. EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS DE LA MENTE por el Dr. Baltazar Caravedo (Lima)

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente se ejerce en todas circunstancias, en favor de los necesitados, cualquiera que sea su edad, con el doble fin de asistir a los enfermos, de atenuar sus consecuencias sociales y de preservar a los predispuestos. Su radio de acción se extiende a todo el campo de la Psiquiatría y de la Higiene Mental. Es decir, que realiza labor asistencia y profiláctica, ya sea en forma individual o colectiva.

Es desde la escuela que su acción se puede ejercer para la defensa de los menos adaptados y para despistar a los predispuestos. En el trabajo, investigará si el individuo es apto por su resistencia psíquica para cumplir su tarea. También defenderá el psiquismo de los adultos, porque es indispensable para el buen comportamiento y para la convivencia normal con sus semejantes.

El rol práctico del Servicio Social en la asistencia de los enfer-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mos de la mente es considerable; sus funciones son muy importantes y múltiples: asistir a los enfermos, facilitar su admisión al Hospital, llenando los trámites del internamiento; recomendarlos a los organismos que puedan venir en su auxilio; explicar la importancia de las instituciones asistenciales. Llevar a cabo el estudio médico social del paciente, evitar las recidivas, prever las consecuencias sociales, conocer las reacciones a que pueden dar lugar, prevenir el ambiente de los riesgos a que está expuesto, indicar las medidas para evitarlos, despistar las enfermedades que puedan presentarse en el foco mismo del enfermo, auxiliar en la obra diagnóstica, terapéutica y profiláctica.

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente ejercerá, asimismo, la supervigilancia de los egresados, de preferencia de aquellos que no tengan familia y de los recidivantes, velando por la adaptación social y el tratamiento ambulatorio en caso que sea necesario.

Para llevar a cabo esta labor es preciso que el Servicio Social Psiquiátrico esté en constante comunicación con todas las instituciones relacionadas con la asistencia de los enfermos de la mente y de protección social.

El progreso psiquiátrico ha contribuído a modificar la técnica del Servicio Social, sobre todo en el estudio de los tipos de personalidad. A través del tiempo, la meta de la labor social psiquiátrica de modificar el ambiente y aumentar los recursos y oportunidades para el enfermo y la familia, permanece la misma, pero el método para la aproximación ha cambiado notablemente, a medida que su fondo científico se ha enriquecido y perfeccionado su técnica.

El adelanto asistencial psiquiátrico no podía descuidar el aspecto social de este problema que tanto preocupa a la colectividad, y la creación de obras de previsión y de diversas formas de asistencia en cuyo funcionamiento se utiliza el Servicio Social: Hospitales, Servicios abiertos, Consultorios, Dispensarios, Clínicas especiales para niños, Institutos, Sanatorios, Colonias, Granjas, Reformatorios, Casas de convalecencia, asistencia a domicilio y asistencia familiar, Manicomios judiciales o Servicios especiales, anexos psiquiátricos en las prisiones, están diciendo de ese interés por mejorar la situación de los enfermos de la mente.

El Servicio Social Psiquiátrico debe establecer un Archivo fichero central de todos los asistidos. La existencia de una ficha única que enfoque al paciente bajo todos sus aspectos, facilitará la tarea de este Servicio y permitirá llevar a cabo estudios de valor incalculable.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

2. EL SERVICIO SOCIAL Y LA ASISTENCIA DE ENFERMOS DE LA MENTE EN CHILE, por Elías Malbrán, Médico Director del Manicomio Nacional de Santiago

El Servicio Social del Manicomio tuvo su origen en la necesidad apremiante de obtener antecedentes de los enfermos mentales. En 1925 el doctor Alejandro del Río creó, bajo los auspicios de la Beneficencia Pública, la Escuela del Servicio Social cuyas alumnas egresadas desempeñan el papel de visitadoras en el Manicomio Nacional.

Su labor se ejerce en el Servicio de Admisión reuniendo antecedentes de los enfermos que ingresan, buscando apoyo material para éstos y para sus familias, informando a los familiares de la evolución de la enfermedad y al enfermo del estado de su familia y facilitando el regreso a sus hogares de los enfermos dados de alta.

En los Servicios de enajenados catalogados de oficio, la Visitadora cumple una labor que comprende el aporte de antecedentes al médico, la atención material de la familia, la profilaxis mental en el seno de la misma y la adquisición de ropas y medicamentos por cuenta de los familiares para los enfermos, cuando su situación económica lo permite.

En el Policlínico de Higiene mental los deberes de la Visitadora para con el enfermo que no ha estado en manicomio consisten en obtener antecedentes de la enfermedad, conseguir atención médica que el Policlínico no puede proporcionar, hacer obra de higiene mental en la familia, hacer encuestas personales e indirectas en los enfermos peligrosos y vigilar al enfermo para que siga el tratamiento prescrito. Cuando se trata de enfermos egresados del manicomio debe procurar la regularización de las consultas y el cumplimiento de las prescripciones del médico.

3. EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS DE LA MENTE por el Profesor A. C. Pacheco e Silva (Sao Paulo, Brasil)

Señala el relator la vastedad del problema de asistencia social a los enfermos de la mente y el aumento diario del número de psicópatas que requieren internación urgente, así como del número de neuróp atas, deprimidos, exaltados, psicasténicos, toxicómanos y desequilibrados de los más variados tipos, que aunque no tienen necesidad inmediata de reclusión, viven en eterno conflicto con el medio social.

Al esbozar una organización de asistencia psiquiátrica juzga indispensable crear: 1° Clínicas psiquiátricas localizadas en los centros

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

populosos, destinadas a los casos agudos que exigen inmediata internación; 2° Hospitales psiquiátricos destinados al tratamiento de las psicopatías graves; 3° Colonias agrícolas con régimen de "open door" parcial y completo para los enfermos crónicos; 4° Servicios de asistencia familiar localizados dentro y fuera del perímetro de las colonias agrícolas; 5° Ambulatorios psiquiátricos destinados a la asistencia de los psicópatas compatibles con el medio social; 6° Manicomios judiciarios para los psicópatas que se hallan bajo la acción de la justicia; 7° Centros de higiene mental con ramificaciones en las escuelas, hospitales generales, cuarteles y otras instituciones, con el objeto de realizar obra de higiene mental; 8° Servicio de protección y asistencia médico social a los egresados de los hospitales psiquiátricos.

En el Estado de Sao Paulo (Brasil) funciona el "Instituto de Asistencia Social al Psicópata" que presta asistencia moral, material y jurídica a los psicópatas internados y a los del ambulatorio de Higiene Mental.

III MEDICINA LEGAL

PRIMER TEMA

FUNDAMENTO BIOLOGICO DE LA INCAPACIDAD CIVIL DE LOS ALIENADOS por el Profesor Nerio Rojas (Buenos Aires)

El hombre es el agente natural del derecho privado y en esa función jurídica y social se convierte en lo que se llama persona; la persona tiene la capacidad de gozar y ejercer sus derechos civiles. En la incapacidad de hecho el sujeto no tiene el ejercicio de sus derechos; es el caso, entre otros, de los enfermos mentales; una incapacidad natural que está prevista en los códigos como causa de interdicción. Esta institución civil, la interdicción, ha nacido en el derecho romano, donde existía primero para los pródigos, después para los enfermos, entre los que se distinguían dos formas: los "furiosus" (agitados, intermitentes) y los "mentecaptus". Estas dos formas son también aceptadas en la Edad Media y después en Francia ("Forsennés" y "fols naturels") e Inglaterra (idiotas y lunáticos").

La interdicción existe en todos los códigos modernos con diferentes palabras. Se puede estudiar tres fundamentos para ella: económico, se tiene en cuenta únicamente la incapacidad para dirigir los negocios, como en los pródigos; biológico, criterio objetivo que se ba-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sa únicamente en el hecho constatado de la alienación mental sin considerar exclusivamente el aspecto psicológico o económico; mixto, es necesario el estado mental mórbido y la incapacidad para dirigir sus bienes y negocios, a los cuales algunos códigos aumentan la pérdida del discernimiento. El autor expone los países que sostienen uno u otro fundamento en la ley civil y con razones numerosas y variadas, que desarrolla largamente se declara en favor del fundamento objetivo; es decir, de los textos (francés, argentino) que tienen en cuenta únicamente el estado mental. Aceptado este fundamento en la ley, la jurisprudencia debe fortalecerlo limitando el problema a constatar o nó la alienación mental, sin fundar la decisión en las probabilidades o hechos económicos que son siempre inciertos, contradictorios e incompletos.

Para terminar, el relator considera que todo código civil debe establecer la interdicción completa para los alienados y prever el caso con la expresión alienación mental, expresión que debe incorporarse a la ley, sin añadir otras palabras sea psicológicas como el discernimiento, sea económica como la incapacidad para dirigir sus bienes. Además debe existir una segunda categoría de semi-interdictos, concretando expresamente los derechos que son suprimidos y especificando las personas que la merecen, que son los débiles mentales, debilitados seniles simples, los alcoholistas crónicos y los toxicómanos.

SEGUNDO TEMA

LA DEONTOLOGIA EN LA PRACTICA DEL SEGURO SOCIAL

1. Ponencia del Profesor H. Tanner de Abreu
(Río de Janeiro)

En las páginas del trabajo del doctor Tanner de Abreu recogemos las siguientes consideraciones con respecto al secreto médico, a la libre elección del médico por el paciente, al llamado derecho de tratar y finalmente a la exigencia de autopsia.

El médico afronta situaciones muy diferentes a menudo opuestas, debiendo atender ora a los intereses del paciente, ora a los intereses del seguro. Estas dificultades conciernen sobre todo al secreto médico, de donde resalta la ventaja de dos categorías de médicos: médico asistente y médico verificador.

En lo que se refiere a la libre elección del médico por el pacien-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te, el autor aboga porque sea respetado el derecho que asiste al paciente para escoger el médico a cuyos servicios debe ser confiado.

En el capítulo siguiente enumera las dificultades y los problemas que se plantean cuando el paciente rehusa un procedimiento terapéutico determinado, tal que una operación quirúrgica.

En las últimas páginas establece los casos en que la autopsia puede ser practicada y las cuestiones que sobrevienen cuando la familia se niega a autorizar la autopsia.

2. Ponencia del Doctor B. Arce Molina (Valparaíso)

El autor se ocupa primeramente de la parte histórica, pasando en revista las características del ejercicio de la medicina en las diversas épocas, desde la edad antigua hasta el siglo XIX, para considerar finalmente la época actual.

Luego examina la génesis y fundamentos de los Seguros Sociales. Pone en evidencia cómo la priimtiva asistencia al necesitado es sustituída en la política social moderna, por la previsión en su doble aspecto: económico para el sociólogo, de saneamiento para el médico. Muestra las diversas etapas que han abarcado las conquistas político-sociales: primeramente la caridad, que es sustituída por la asistencia social y como tercera etapa el establecimiento del seguro social. Se ocupa de las condiciones del trabajo médico en los seguros sociales, teniendo en cuenta sobre todo la experiencia de su país.

En la última parte de su ponencia el Dr. Arce Molina hace observaciones sobre los diversos aspectos de la deontología médica que tienen relación con la práctica en los seguros sociales. Aborda primeramente el ejercicio de la profesión médica en clientela privada precisando sus diversos aspectos. Considera luego la deontología médica en la medicina de Caridad y en la Asistencia social y finalmente insiste sobre la deontología del médico en los seguros sociales, tratando y ocupándose de los diversos problemas que plantea.

3. Ponencia del Dr. Luis Angel Ugarte (Lima)

El relator pasa en revista sucesivamente: La importancia y oportunidad del tema, su delimitación. Los factores determinantes de la conducta humana, considera los factores individuales y los factores ambientales. Estudia el estado actual del ejercicio de la medicina y sus normas deontológicas en general y luego considera la situación en el Perú. Examina finalmente la deontología médica en la práctica de los seguros sociales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Es un trabajo minucioso y prolijamente documentado que se halla resumido en las siguientes conclusiones:

a) La deontología médica, como toda moral, es fruto de conceptos colectivos que se imponen a la conciencia individual.

b) La reacción provocada por la implantación del Seguro Social se explica por la persistencia de los sentimientos y costumbres después que han desaparecido las circunstancias sociales que las han creado, igualmente los conceptos colectivos que les eran solidarios.

c) Para favorecer el mantenimiento de una elevada ética en el personal que actúa al servicio de la institución, se deberá cuidar de mantener un ambiente propicio a los incentivos altruístas y de evitar el poner al individuo en trance de elegir entre su deber y su interés.

d) Los progresos de la medicina y ciencias auxiliares, han creado una evidente inadaptación en su ejercicio, la que es agravada por las condiciones sanitarias en que se encuentran las clases económicamente débiles.

e) Las características sociales de la civilización actual han conducido a la comercialización creciente del ejercicio de la medicina con graves consecuencias de orden deontológico.

f) La distribución de la asistencia médica entre los diferentes estratos sociales ha determinado la intervención cada vez más frecuente del estado y la funcionarización creciente del médico.

g) Los seguros sociales constituyen hasta el presente la institución más adecuada para conseguir esa mejor distribución de la asistencia médica haciéndola accesible a los diferentes estratos sociales.

h) El seguro social consigue la adaptación de la medicina moderna armonizando el trabajo en equipo.

i) La preocupación fundamental del seguro social debe ser evitar las enfermedades y no tener que curarlas.

j) En su última conclusión el Dr. Ugarte contempla los intereses de la profesión médica y enumera los principios deontológicos que deben regir su ejercicio.

4. Ponencia del Profesor G. Fernández Dávila (Lima)

El relator estudia en primer lugar la evolución del concepto de ética médica a través del tiempo y concluye que la deontología médica no ha sufrido con la instalación de los seguros sociales, en las modernas normas de la asistencia profesional; ella se ha moldeado a ta-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

les exigencias, ha curvado en algo la inflexibilidad que antaño dominaba, se ha plasmado mejor sobre estos nuevos moldes. Pero en su esencia es siempre la misma, y ello precisamente debemos aspirar y agradecer, pues nada más pernicioso que las mutaciones fáciles y constantes, de aquello que debe ser rígido y eterno: la ética profesional. De no hacerlo así quedaríamos rezagados en el camino, en un afán conservador que a nada conduciría y que sería peligroso, pues nos obligaría a vivir, con pautas desusadas en un ambiente de progreso evidente.

La asistencia médica tiene hoy casi obligadamente, que hacerse en acción conjunta con otros colegas que auxilien el criterio y complementen la acción curativa; hoy el equipo viene constituyendo el núcleo necesario para una asistencia honradamente eficiente. La deontología no ha sufrido nada en el ejercicio profesional dentro del seguro social: la aplicación de los principios éticos se hará primeramente colectiva y, después individual. Las cuestiones particulares del derecho de elección del médico por el paciente, el derecho de curar, pueden ser satisfactoriamente resueltas.

La cuestión tan importante del secreto médico dentro de la práctica de los seguros sociales debe resolverse en forma armoniosa. Existe la obligación del personal técnico a cumplir el precepto hipocrático que juró en el momento de graduarse, y sólo este personal técnico debe tener conocimiento de las fichas personales.

El relator estudia en seguida las cuestiones de la responsabilidad profesional y la de los honorarios profesionales dentro del seguro social, y concluye que en la confección de leyes sobre seguros sociales se debe dar cabida a médicos especializados en la materia, para mejor contemplar los problemas que sobre deontología médica puedan presentarse.

TRABAJOS LIBRES

I. COMUNICACIONES DE NEUROLOGIA

ALTERACIONES ANATOMO-PATOLOGICAS DE ALGUNAS AFECCIONES A NEURO-VIRUS por Demetrio García (Rosario)

Casos anatomo-clínicos de infecciones a neurovirus. Descripción histológica. Ensayo de nueva clasificación.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LA TIRAMINA COMO SUBSTANCIA DESINVERSORA por Darío Acevedo (Lima)

Dos experiencias en perros jóvenes, demostrando la capacidad desinversora de la Tiramina. Perros a vago-simpáticos seccionados, con respiración artificial.

LA GUANIDINA COMO SUBSTANCIA SIMPATICOMIMETICA por Darío Acevedo (Lima)

Estudia la acción de esta droga y concluye de sus experiencias en perros que la Guanidina es una droga simpáticomimética, que refuerza el poder tensor y vasoconstrictor de la adrenalina y suprime la acción hipotensiva y vasodilatadora de pequeñas dosis de adrenalina.

ACERCA DE UN CASO DE VERRUGA BENIGNA COMPLICADO por Daniel Mackehenie y Enrique Encinas (Lima)

Estudio clínico y anatómico en un caso en que convergieron: paludismo, verruga y disentería.

SECUELAS DE LA PARALISIS BRAQUIAL DE DUCHENNE-ERB TIPO SUPERIOR. SU TRATAMIENTO QUIRURGICO por Carlos Villarán y L. Pesce (Lima)

A propósito de dos casos de Parálisis de Duchenne Erb tipo superior tratados quirúrgicamente con excelentes resultados. La artrodesis gleno-humeral seguida de tratamiento eléctrico permite la recuperación de la capacidad funcional.

CUADROS PSICONEUROLOGICOS EN PALUDICOS por Raúl Rebagliati (Lima)

Estudio clínico de los trastornos neuro-psíquicos durante el acceso palúdico habitual, en el paludismo pernicioso y en la malaria crónica. Un caso de paludismo de forma nerviosa (Psicastenia) curado específicamente.

LAS FRACTURAS DEL CRANEO EN LOS NIÑOS por Francisco Graña (Lima)

Presenta los buenos resultados obtenidos en la asistencia de 100 casos de fractura de cráneo en niños con un porcentaje de 98% de éxito.

SINDROME INTERCALAR DE LAS CRISIS JAQUECOSAS por Luis Chávez Velando (Lima)

Observaciones clínicas que permiten concebir la etiopatogenia de la jaqueca en enfermos curados por corrección óptica de sus defectos visuales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINDROME DOLOROSO FUNCIONAL DEL ASTIGMATISMO por Luis Chávez Velando (Lima)

Estudio sobre los trastornos dolorosos en astigmáticos que curan por corrección del astigmatismo. Aportes para la fisio-patología del dolor.

SIGNIFICACION FISIOPATOLOGICA DE LA FOTOFOBIA Y DE LA ASTENOPIA por Luis Chávez Velando (Lima)

Estudio clínico-semiológico de estos síntomas como patognomónicos del astigmatismo y que desaparecen con la técnica "optométrica funcional" propuesta por el autor.

OBSERVACIONES NEUROBIOLOGICAS DE LA ACCION CONVULSIVANTE DEL CARDIAZOL por Carlos Gutiérrez-Noriega (Lima)

Estudio de las convulsiones cardiazólicas en artrópodos, peces y reptiles. Observaciones que conducen a aceptar el dualismo de los centros nerviosos tónicos y cinéticos. Las comparaciones entre los diferentes Phylums de la serie animal encuentran que en cuanto a susceptibilidad epileptógena el hombre y los artrópodos son los más sensibles.

FISIOLOGIA COMPARADA Y MECANISMO DE LAS CONVULSIONES PRODUCIDAS POR CARDIAZOL EN LAS AVES por C. Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo (Lima)

Estudio de las convulsiones cardiazólicas en aves intactas y descerebradas. Convulsiones clónicas predominantes en las voladoras. Centros clónicos y tónicos localizados más en la protuberancia que en el bulbo. De las variaciones epilépticas obtenidas en la serie filogénica animal el autor estima que ellas tienden a telencefalizarse a medida que ascendemos de especie zoológica.

EL DOLOR EN LA CATATONIA EXPERIMENTAL por C. Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo (Lima)

Observaciones en animales catatonizados que afirman la probable disminución de la sensibilidad dolorosa en el estado catatónico experimental, y, en cambio, los automatismos motores que acompañan o siguen a la impresión dolorosa se suprimen o amenguan.

ESTUDIOS FARMACOLOGICOS DE LA RIGIDEZ DESCEREBRADA por C. Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo (Lima)

Estudio de los excitantes y depresores de los centros tónicos del bulbo en perros y gatos descerebrados. Entre los primeros: la cafeína, harmina, cardiazol, coramina y codeína; entre los segundos: morfina y algunos barbitúricos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOBRE UN CASO DE SINDROME LATERAL DEL BULBO por L. Pesce, J. O. Trelles y A. Indacochea (Lima)

Presentan una observación clínica en que lograron la regresión y desaparición de algunos síntomas mediante un tratamiento continuado a base del método de electroforesis central.

LA SIMPATICOTOMIA PERI-HUMERAL por Francisco Villagarcía (Lima)

Propone esta intervención quirúrgica en los casos de trastornos circulatorios y neuro-vegetativos que entorpecen el restablecimiento funcional de una mano contusa, cuando hay fenómenos que amenazan retracción isquémica y cuando el tratamiento fisioterápico funcional es doloroso.

LA INFILTRACION DE ALCOHOL-NOVOCAINA EN LAS CICATRICES DOLOROSAS por Francisco Villagarcía (Lima)

Expone sus experiencias y el éxito terapéutico obtenido utilizando esta mezcla sin peligros en las algias localizadas.

EVOLUCION DEL SINDROME NEUROLOGICO EN LOS ENFERMOS DE MAL DE POTT TRATADOS POR EL METODO DE ALBEE por Carlos Alberto Protzel (Lima)

Resumen de un centenar de intervenciones con excelentes resultados en las paraplejias por absceso o flogosis.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL TRIGEMINO EN LA CIRUGIA ORAL por Felipe L. Plaza (Lima)

Presenta el autor una estadística tomada durante once años que demuestra la bondad de su técnica.

LA ELECTROFORESIS CENTRAL Y PERIFERICA EN NEUROLOGIA por Luis Pesce (Lima)

Ventajas e indicaciones de este método en el tratamiento de las afecciones nerviosas. El autor aporta numerosos casos estudiados.

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO EN LA ALTURA por Carlos Monge (Lima)

Estudio clínico de las alteraciones que afectan al sistema nervioso vegetativo en los procesos de adaptación o patológicos que sufre el organismo en la vida de las grandes alturas. Interpretación patogénica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINTOMAS NEUROLOGICOS DE LA ENFERMEDAD DE LOBSTEIN por Sergio Bernales (Lima)

A propósito de un caso estudiado el autor pasa en revista toda la sintomatología de esta afección, denominada también Osteo-psatirosis o Sindrome de Spurwer-Van der Hoeve.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS SECUELAS DE LA PARALISIS INFANTIL por Jorge de Romaña (Lima)

Expone los halagadores resultados obtenidos en sus numerosas intervenciones.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR por B. Guenther (Santiago)

Obtiene interesantes resultados en sus experiencias; utiliza un sistema oscilador, corriente de forma pulsátil, de saturación; aumentando la intensidad del circuito, que después relaciona con el factor tiempo, observa sucesivamente: sensación tactil, hormigueo, presión, dolor hasta llegar a la quemadura.

ALTERACIONES CEREBRALES EN LA CARDIAZOLTERAPIA (Estudio experimental) por M. F. Beca (Santiago)

Descripción de las lesiones encontradas en conejos cardiazolizados y sacrificados. Sólamente en casos excepcionales encuentra lesiones celulares.

CALCIOTERAPIA ENCEFALICA EN NEURO-PSIQUITRIA por J. N. de Almeida Prado (Sao Paulo)

Con el propósito de conocer el efecto terapéutico o diagnóstico que puedan derivarse del estudio de la calcemia y del metabolismo cálcico, expone los resultados satisfactorios obtenidos en diez enfermos, escogidos, tratados por el calcio a pequeñas o grandes dosis o añadido de fijadores.

PUNCION YUGULAR COMO RECURSO SEMIOLOGICO EN NEURO-PSIQUIATRIA por J. N. de Almeida Prado (Sao Paulo)

Propone esta punción en neuro-psicópatas para obtener sangre no proveniente de órgano glandular o visceral. Después de estudios preparatorios recomienda dos técnicas: una premastoidiana y otra retromastoidiana.

SINDROME DE DESINTEGRACION NERVIOSA DE ORIGEN ESPECIFICO por L. Mir (Caracas)

Importancia del análisis clínico en los luéticos que permite agru-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

par un conjunto de pequeños síntomas aislados en un síndrome que atestigua la desintegración del tejido nervioso.

IMPORTANCIA DE LA HIDRAULICA DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO EN LA ALTURA por Alejandro Arellano (Lima)

A propósito de un caso de Enfermedad de Monge con riqueza de síntomas que cura por extracción de líquido céfalo-raquídeo.

MECANISMO DE LA CRISIS EPILEPTICA ESPONTANEA Y CARDIAZOLICA por J. O. Trelles y P. Anglas-Quintana (Lima)

Observaciones clínicas y experimentales que son base para el estudio del problema fisiopatológico abordado ampliamente por los autores.

UN CASO DE ATROFIA CEREBELOSA por J. O. Trelles y Mario Méndez P. (Lima)

Enferma con síntomas cerebelosos puros, de evolución progresiva. Consideraciones anatomo-clínicas y fisiopatológicas sobre las atrofias del cerebelo.

II COMUNICACIONES DE PSIQUIATRIA

LEIASTENIA E HIPOCONDRIA por Luis D. Espejo (Lima)

Estudio de las relaciones entre una y otra enfermedad basado en observaciones clínicas.

EL CARDIAZOL EN LA EPILEPSIA por Federico Sal y Rosas (Lima)

Presenta 20 casos minuciosamente observados, tratados por el cardiazol y en quienes se estudia la remisión en función de la administración de anticonvulsivos durante el tratamiento y el efecto del cardiazol en función de circunstancias individuales.

EL TRATAMIENTO CONVULSIVANTE DE LA HISTERIA Y DE LA PSICASTENIA por Federico Sal y Rosas (Lima)

A propósito de 21 casos de histeria y 7 de psicastenia tratados por el cardiazol después de laborioso examen previo con resultados favorables, más netos con pequeñas dosis.

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA ATENCION EN ENFERMOS MENTALES TRATADOS CON CARDIAZOL por A. Fernández Quintana (Lima)

Presenta 46 observaciones en 19 enfermos mentales sometidos al shock cardiazólico. El estudio de la atención se hace por el test d

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los ceros de Valdizán, 24 horas antes del shock y 1 y 4 horas después. Resultados benéficos.

ENCEFALOSIS PSICOTICA DIFUSA JUVENIL por Edgard Pinto César (Juquerí)

Estudio clínico minucioso y anatomo patológico por biopsia cerebral, según el método de Foerster, de un grupo de enfermos que demuestra la existencia de una entidad mórbida bien neta, identificable histológicamente por un cuadro que el autor denomina Encefalosis Psicótica Difusa Juvenil y que clínicamente corresponde a esquizofrénicos.

LA CURA TERMICA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES por J. N. de Almeida Prado (Sao Paulo)

Estudio de todas las cuestiones relativas a la temperatura corporal desde el punto de vista fisiológico y patológico, clínico y experimental en las enfermedades mentales y en particular en la esquizofrenia.

ENSAYOS CON CLORURO DE AMONIO POR VIA ENDOVENOSA, EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA por Mario Yahn (Sao Paulo)

Inyección de cloruro de amonio a 10% a dosis progresivas por vía endovenosa, como substitutivo del cardiazol en la terapéutica de la esquizofrenia. 13 casos tratados con serie de 20 ó más inyecciones, dos mejorías, los restantes sin modificación, inocuidad absoluta del método, las investigaciones se prosiguen.

TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE PELAGRA POR CLORURO DE AMONIO POR VIA ENDOVENOSA por Mario Yahn (Juquerí)

En dos casos de pelagra rebelde el autor ha podido obtener, incidentalmente, la curación por inyección endovenosa de cloruro de amonio al 10% en días alternados y con dosis de 3 a 9 cc.

ESTADO MENTAL DE ESQUIZOFRENICOS DESPUES DE COMAS PROLONGADOS, EN LA INSULINOTERAPIA por Mario Yahn y Nilo T. Silva (Juquerí)

Estudio psicopatológico realizado en 40 esquizofrénicos tratados por el método de Sakel, de las modificaciones del cuadro mental después dêl coma insulínico. Discusión patogénica y psicológica.

CONSIDERACIONES SOBRE EL SERVICIO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DE JUQUERI por Hnrique Marques de Carvalho (Juquerí)

Datos estadísticos de resultados obtenidos durante un año en el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tratamiento de la esquizofrenia por los métodos de Sakel y von Meduna en el Hospital Central de Juquerí. De 37 tratados por la insulina 15 remisiones, 4 remisiones sociales, 4 fracasos y 14 inalterados. En 17 tratados por el cardiazol 4 remisiones, 2 remisiones sociales, 2 fracasos y 9 inalterados.

ESTUDIOS BIOTIPOLOGICOS EN ESQUIZOFRENICOS TRATADOS POR EL METODO DE VON MEDUNA por Aníbal Silveira y Coriolano Roberto Alves (Sao Paulo)

Estudio biotipológico de seis esquizofrénicos en remisión total y 18 en remisión parcial. No existe correlación estrecha entre determinado biotipológico y los casos más favorables al tratamiento cardiazólico.

ALGUNAS CAUSAS DE ERROR QUE SE DEBE EVITAR EN LOS TRATAMIENTOS MODERNOS DE ESQUIZOFRENICOS por Aníbal Silveira (Sao Paulo)

Del examen de su numerosa estadística personal el autor señala algunas causas que pueden inducir a error en el tratamiento de la esquizofrenia por el cardiazol.

ESTUDIO PSISOPATOLOGICO DEL SHOCK CONVULSIVANTE. APLICACIONES DE IMPORTANCIA PRACTICA INMEDIATA por Aníbal Silveira (Sao Paulo)

En 55 esquizofrénicos tratados por el método de von Meduna se hace un estudio minucioso psicopatológico antes de la crisis y después de la crisis. Consideraciones patogénicas, terapéuticas y pronósticas.

LA ANALGESIA EN LOS ALIENADOS. EL MARASMO por Alberto Bonhour (Buenos Aires)

A propósito de un caso el autor pasa en revista las diversas teorías que tienden a explicar la falta de reacción dolorosa en ciertos alienados y concluye que ello se debería a una correspondencia anatómica; es decir, a una base orgánica.

CONTRIBUCION CLINICA-SEMIOLOGICA AL ESTUDIO DE LA ATENCION por René Arditti Rocha (Buenos Aires)

Señala el interés que presta el estudio de la atención correlacionada con las restantes funciones psíquicas si se quiere interpretar el estado de salud o enfermedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANIAS POR AUTOSUEROTERAPIA CON SUERO DE VEJIGATORIO por Rogelio Carratalá (Buenos Aiers)

Halagadores resultados clínicos obtenidos en toxicómanos. El autor demuestra experimentalmente el hecho en animales acostumbrados con morfina, heroína y cocaína en los que desaparecieron los síntomas de necesidad por el método de los revulsivos.

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO EXPERIMENTAL por Rogelio Carratalá (Buenos Aires)

Resultado favorable en perros y conejos acostumbrados al alcohol y tratados con cloruro de calcio unos y con clorhidrato de emetina otros del que concluye la eficacia clínica del tratamiento.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA APLICACION DEL PSICOANALISIS EN UN PARANOICO CRIMINAL por Carlos Vaz Ferreira (Montevideo)

En este caso el propósito de comprobar la teoría de Schiff sobre el mecanismo psíquico de la paranoia es negativo, igualmente la terapia por el Psicoanálisis al cual no coadyuvó el enfermo.

LA EVOLUCION MENTAL EN LOS NIÑOS ASILADOS por Oscar Rodríguez Rey (Buenos Aires)

El estudio psico-patológico de la evolución mental en los niños asilados recomienda la substitución de los establecimientos para menores de tipo "gran internado" por los de tipo "hogar" más científicos y más humanos.

BOSQUEJO HISTORICO DE LA PSIQUIATRIA EN VENEZUELA por Francisco Herrera Guerrero (Caracas)

Expone el autor las etapas por las que ha atravesado la psiquiatría en su país y acompaña datos estadísticos completos.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL CARDIAZOL por Horacio Chacón Vargas (Caracas)

A propósito de resultados clínicos obtenidos en 5 casos estudiados recomienda evitar los ataques provocados frustros, y alternar con períodos en que se practique la psicoterapia.

AL MARGEN DE CIERTAS ANOMALIAS PSIQUICAS Y SOMATICAS DURANTE EL DESARROLLO DEL NIÑO por Enrique Alama Gutiérrez

Los trastornos del desarrollo psico-somático están condicionados, sobre todo, por disturbios de las glándulas endócrinas (hipófisis, epífisis, tiroides) y por carencias vitamínicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TERAPIA CONVULSIVANTE por M. L. Sánchez Martín (Caracas)

Acerca de las precauciones que deben tomarse en la cardiazolterapia por la que ha obtenido buenos resultados según datos clínicos.

NOTA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DE MAL EPILEPTICO por Guillermo Aranda (Caracas)

Consideraciones sobre la patogenia de los estados de mal atribuídos a una disfunción hepática. Resumen de 4 casos tratados con luminal intramuscular, urotropina intravenosa, suero glucosado isotónico, asociados una vez con calcio y otra con extracto hepático. Resultados favorables.

ESQUEMAS Y SINTESIS DEL CLIMATERIO FEMENINO EN SU RELACION CON EL PSIQUISMO por Víctor Arroyo A. (Santiago de Chile)

El climaterio o edad crítica es motivado en la mujer por la insuficiencia ovárica fisiológica, involutiva, y la hiperfunción de la hipófisis anterior, que rompen el equilibrio de la unidad funcional glándulas endócrinas-electrolitos-sistema neuro-vegetativo. Se contempla su expresión sintomatológica en dos grupos de pacientes, uno con alteraciones menstruales y el otro con menopausia.

PSICOSIS PELAGROSA Y PELAGRA EN LOS ALIENADOS por O. Peralta V. y M. F. Beca (Santiago de Chile)

Estudio minucioso en 21 casos de pelagra con psicosis, de los cuales 14 correspondían a pelagra en alienados, mientras que los 7 restantes eran casos de psicosis pelagrosa propiamente dicha. En 12 casos se pudo hacer un estudio histológico que reveló lesiones manifiestas y graves, pero variables y nó específicas. No se pudo constatar paralelismo entre las alteraciones histológicas y las manifestaciones clínicas, ni localización funcional de estas últimas.

EL ESTADO DE LOS ALIENADOS DELINCUENTES EN CHILE por Eduardo Brücher E. (Santiago de Chile)

Estudios estadísticos de los alienados-delincuentes en Chile y de sus condiciones médicas. Sugerencias que lograrían una reforma beneficiosa.

LESIONES OSEAS DURANTE LA TERAPIA CONVULSIVANTE CARDIAZOLICA por Luigi Telatin (Ferrara)

Dos casos de fractura producidas en el curso del tratamiento cardiazólico: en uno se trata de fractura del húmero, en otro de rup-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tura del cuello del omóplato. Ambos producidos en el curso del primer ataque. Consideraciones clínico-terapéuticas.

EXPERIENCIAS DEL NEURO-PSIQUITRIA EN LA PRACTICA DEL SEGURO SOCIAL por Isaac Horvitz (Santiago de Chile)

Sugerencias para una mejor asistencia neuro-psiquiátrica a los asegurados, derivadas de una larga práctica en el Policlínico de Santiago.

LOS SEGUROS SOCIALES Y SU IMPORTANCIA PARA LA HIGIENE MENTAL por Alfredo Rojas Carvajal (Santiago de Chile)

Informe sobre la nueva orientación del Seguro Social en Chile que se propone hacer obra efectiva de prevención concurriendo así al cumplimiento de los objetivos fundamentales en la Profilaxis e Higiene Mental.

HIGIENE MENTAL Y ORGANIZACION CIENTIFICA DEL TRABAJO por Alfredo Rojas Carvajal (Santiago de Chile)

La Higiene Mental puede y debe efectuarse en las colectividades obreras en el trabajo profesional e industrial, donde es por lo menos, tan importante como la salubridad general.

III. COMUNICACIONES DE MEDICINA LEGAL

INCAPACIDAD CIVIL E INTERDICCION por L. Avendaño (Lima)

Consideraciones médico-legales sobre esos tópicos en relación con el nuevo código civil peruano y con el anterior.

ALGUNOS ASPECTOS DEL PROBLEMAS MEDICO-LEGAL DE LOS ALCOHOLISTAS por Angel Viñán (Quito)

Estudio completo clínico-estadístico del alcoholismo en el Ecuador y consideraciones médico-legales.

LA EROTOMANIA ANTE LA MEDICINA LEGAL por Luis Cattaneo y Juan Martin E. Gonzales (Buenos Aires)

A propósito de un caso de erotomanía verdadera los autores estudian el síndrome tan bien descrito por de Clerambault y terminan insistiendo en la diferencia que se debe hacer con las manifestaciones patológicas del erotismo.

PERSEGUIDORES DE MEDICOS por René Arditi Rocha (Buenos Aires)

Estudio clínico y consideraciones médico-legales sobre estos pacientes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

IMPORTANCIA DEL DOSAGE DEL ALCOHOL EN EL AIRE ESPIRADO PARA EL DIAGNOSTICO QUIMICO DE LA EBRIEDAD por Rogelio Carratalá y Danilo C. Vucetich (Buenos Aires)

Indicaciones de la técnica, resultados experimentales y aplicaciones clínicas de este método, que entre las manos del autor, dá excelentes resultados.

LA PSICOFISIOTECNIA Y SU IMPORTANCIA EN LA PREVENCION DE LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO por Luis Cubillos L. (Santiago de Chile)

Enumeración de las ventajas numerosas que ofrecen la psicotecnia y que justifican su introducción en la práctica médico-industrial de nuestros países.

EN PRO DE LA REFORMA ABOLICIONISTA Y DE LA NUEVA ORIENTACION DE LA CAMPAÑA ANTI-VENEREA por Enrique Villela (México)

Exposición de un nuevo plan de lucha contra las enfermedades venéreas, además de todas las medidas previstas por la legislación mexicana.

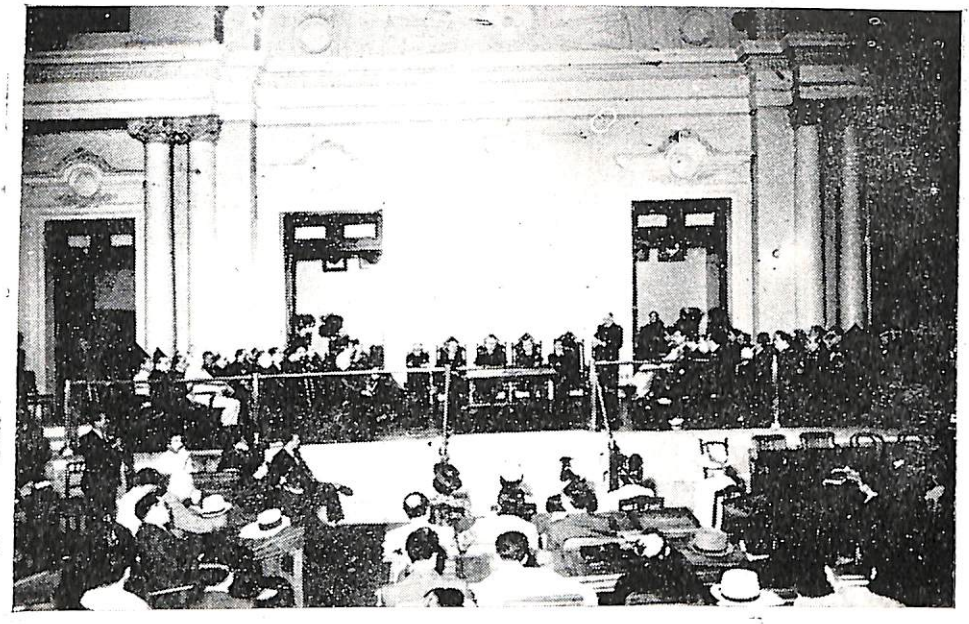
J. O. Trelles.

RECEPCIONES Y EXCURSIONES

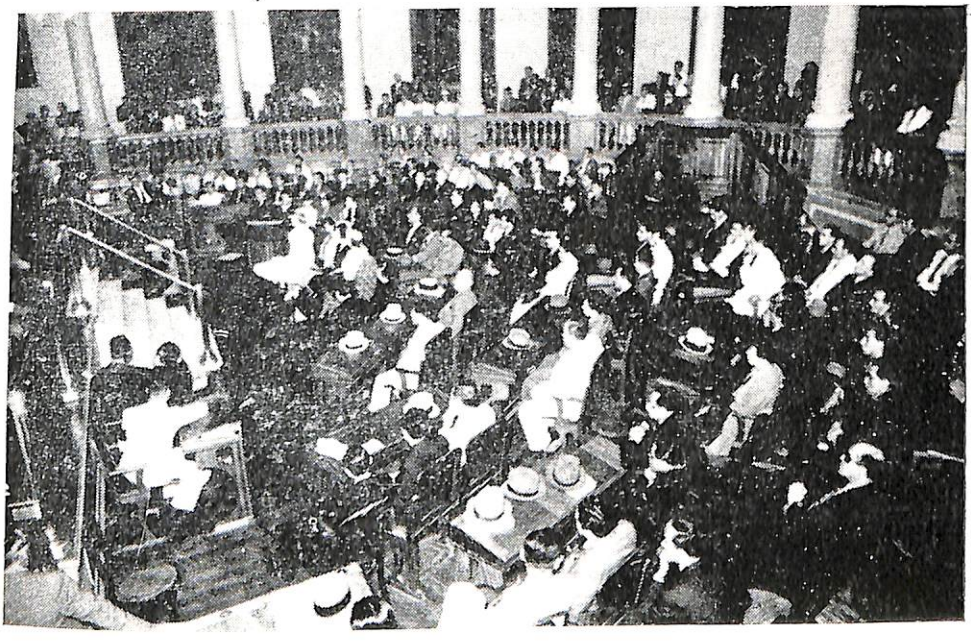
Al mismo tiempo que se desarrollaba la labor científica tuvo lugar, durante las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, un programa social que la Comisión Organizadora dispuso en honor de los distinguidos médicos y damas que asistieron al certamen. De dichas actuaciones recordamos las siguientes: la visita al Museo de Arte Religioso del Monasterio de San Francisco, la excursión a las ruinas preincaicas de Cajamarquilla, la visita al Museo Bolivariano y a las antiquísimas ruinas del templo de Pachacamac. De las recepciones y otros actos sociales merecen mención especial los siguientes: la recepción en la Municipalidad de Lima; Los banquetes ofrecidos: por la Comisión Organizadora, al Dr. Nerio Rojas; por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, en el Country Club, en honor de las delegaciones; por el Rector de la Universidad Mayor de San Marcos, en el Club Nacional, en homenaje a las mismas; por el Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, en el restaurant "La Cabaña"; y, por la Comisión Organizadora en el Country Club, también en homenaje de los congresistas. La recepción en la Caja Nacional del Seguro Social, y la recepción por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en el Hospital Víctor Larco Herrera. La "pachamanca", fiesta criolla, ofrecida por la Sociedad Daniel A. Carrión. Y anotamos que los congresistas tuvieron oportunidad de presenciar una corrida de toros desde el palco presidencial gentilmente ofrecido por el Señor Presidente de la República.

En todas estas fiestas se puso una vez más de relieve el talento y distinción de los ilustres huéspedes, siendo la presencia de sus esposas un motivo que contribuyó a realzar el éxito y fasto de las ya enumeradas reuniones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Sesión Inaugural de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Vista del estrado oficial



Sesión Inaugural. El público.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Recepción en el Club Nacional ofrecida por el Rector de la Universidad Mayor de San Marcos.

Banquete en el Country Club ofrecido a las Delegaciones por la Comisión Organizadora

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

64a. REUNION DE NEUROLOGOS Y PSIQUIATRAS DEL SUR-OESTE DE ALEMANIA

Baden-Baden, 3—6 de Junio de 1939.

Si bien estas reuniones, como todos los congresos científicos alemanes, están influídas por la tradición que hace más de un siglo sembrara Ocken, ellos muestran como peculiaridad cierta sencillez y cordialidad que se hacen ostensibles entre sus participantes, poniendo así en relieve la nota del sur de Alemania.

En el presente año ha tocado a Schaltenbrand, antiguo discípulo de Nonne y actual profesor de Wutsburgo, presidir la reunión de Baden-Baden. El es un calificado clínico de las enfermedades del sistema nervioso y uno de los mejores conocedores, en Alemania, de la histopatología de los tumores cerebrales. Schaltenbrand ha escogido como tema "La esclerosis en placas", llamada por los alemanes "esclerosis múltiple". La parte anatómica corrió a cargo del Prof. Dr. J. Hallervorden, que actualmente trabaja en Buch (en los alrededores de Berlín); la disertación de la parte clínica estuvo en manos de Schaltenbrand, y fué complementada por el Dr. Thums (vienés, que actualmente trabaja en Munich), quien añadió un pequeño apéndice heredológico al tema, y por el internista Martini (actual profesor en Bonn) que comunicó los resultados que ha obtenido aplicando el método terapéutico de Laignel-Lavastine y Koressios. Además disertaron Seuberlig de Wustburgo, G. Voss de Düsseldorf, von Oettingen de Wustsburgo, Cimbal de Hamburgo, Ruf de Friburgo y von Hattingberg de Friburgo. Por ultimo hubo doce disertaciones sobre temas diversos.

Las sesiones fueron dirigidas por Beringer, Pette y Kleist, respectivamente.

Después de las palabras de introducción de Schaltenbrand, el Prof. Hallervorden comenzó su conferencia repitiendo los conceptos clásicos acerca de los trastornos anatómicos que se presentan en el sistema nervioso atacado por la esclerosis en placas: macroscópicamente se puede distinguir las vetas viejas que son de color gris que tienden al morado y vetas jóvenes que tienden al color salmón; la distribución de las vetas tiene lugares de predilección: la substancia blanca sobre la gris y la medula espinal. Al pasar a la parte histológica, destacó el papel funcional de la mielina envolviendo los cilindroejes, cuyo volumen aumenta a medida que se asciende en la escala zoológica. Recalcó que las investigaciones de orden químico, siguiendo los estudios degenerativos de la mielina, han aportado resultados escasos. Luego abordó de lleno el fenómeno anatomo-patológico desde el comienzo de la enfermedad en que se hinchan el cilindroeje y su tubo envolvente de mielina. El primero muchas veces recupera su normalidad, pero la cubierta mielínica se desgaja a trozos. Este proceso se puede seguir haciendo uso de las coloraciones de Weigert para la vaina fibrilar. Se encuentran en las preparaciones restos de mielina con diversas aberraciones de coloración

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gracias a las cuales se hacen ostensibles los diferentes grados de degeneración de la misma. Dos procesos son típicos : 1º en los procesos de esclerosis en placas a veces las vetas son tan pequeñas que sólo se las puede percibir con ayuda del microscopio y 2º un fascículo nervioso puede ser lesionado. Los muñones proximales de los haces nerviosos atacados por la noxa de la esclerosis fueron objeto de largos rozamientos. Hallervorden se esmeró en destacar que los cilindroejes son más resistentes que su vaina envolvente y de ahí que los primeros recuperen su forma primitiva y las vainas se desgajen. Toda clase de noxas pueden dañar al cilindroeje como a su tubo envolvente y entre ellas unas son específicas y otras no específicas. Las noxas pueden tener carácter ya endógeno, ya exógeno. El disertante no se manifestó partidario de las teorías que enfocan en la neurología el punto de predilección de la noxa de la esclerosis en placas. Tampoco aceptó que la vaina periaxial sea objeto principal de su acción morbosa, sino que ésta sufre más por ser menos resistente. En la actualidad no se sabe si es un proceso infeccioso o nó el de la esclerosis múltiple y por tanto si es o no un virus el agente causal. En todo caso parece ser una noxa exógena, que produce una inflamación no sintomática sino general, que se manifiesta principalmente en los vasos y en el infiltrado que se embota en torno de ellos (como dijo Pette en la discusión). Como término de comparación se trajo sobre el tapete la mielosis funicular que es un proceso tóxico no inflamatorio.

De las observaciones que aportó el orador en torno de las células nerviosas y de la glia, nos parece la esencial que las neuronas lesionadas presentan escasas sus fibrillas y difíciles de percibir. Las dendritas de las células atrofiadas aparecen onduladas en las vetas viejas. En individuos jóvenes se puede ver degeneración grasosa de las células. Es importante que en el grupo de células lesionadas se encuentran células intactas. La glia, que en un principio forma una liga sincicial, se separa de ella, cada célula glial involucra en su cuerpo las ruinas de mielina y puede quedar inmóvil durante un tiempo, permitiendo la observación de las diferentes transformaciones de la mielina fagocitada. Parte de las células gliales se traladan con su lastre de mielina hacia los vasos linfáticos. Al cabo de muchos años las células neuróglicas son perceptibles sólo en los contornos del foco lesionado. Los rezagos de cristales de grasa que quedan indican que parte de las células neuróglicas ha desaparecido en el radio de la veta lesionada. Este proceso reactivo demanda un número mayor de células que el requerido en condiciones normales; por eso se estimula la generación de nuevos elementos gliales y al producirse apresuradamente éstos aparecen formas patológicas. Por último, viene el proceso que podría denominarse de cicatrización, que constituye la esclerosis propiamente tal : las células neuróglicas, en abundancia, llenan todos los espacios que quedaban vacíos con los procesos anteriores; forman así un tejido espeso y protegen a los cilindroejes desnudos que todavía sobreviven.

Lindando entre la anatomía patológica y la etiología, se detuvo Hallervorden en dos hechos : 1º en la relación de los focos inflamatorios y los vasos sanguíneos o sea que hay concordancia entre éstos y la distribución de aquéllos en rededor suyo y 2º en la proximidad que guardan los focos de esclerosis múltiple a los depósitos de líquido céfalo-raquídeo tanto internos como externos. A este propósito trajo a colación experiencias de Spatz con colorantes que desde el líquido céfalo-raquideo se difunden en la masa nerviosa, manteniendo la predilección topográfica de las vetas de la esclerosis en placas. Pero la idea de Haller-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vorden es que los focos de la esclerosis múltiple tienen un punto de origen en torno del cual progresa el mal en estratos que forman superficies de esfera de radios cada vez mayores.

Hizo luego consideraciones acerca de la distribución geográfica de la esclerosis múltiple, más frecuente en la raza blanca y muy rara en la amarilla. Y por último, revisó las posibilidades etiológicas dentro del orden y con las calificaciones también conocidas: traumatismos, infecciones, embarazo etc., pueden obrar agravando o acelerando el proceso, pero no generándolo.

Schaltenbrand indicó en su introducción que en el presente año se cumple el centenario de la esclerosis múltiple. A esto agregó algunos recuerdos históricos avanzando hasta la época presente, en la cual se detuvo en consideraciones de orden higiénico. Las estadísticas muestran una vez más que la esclerosis en placas es la enfermedad más frecuente (no luética) del sistema nervioso. Pasó luego a delimitar el concepto de esclerosis múltiple tocando así el problema de actualidad de la distinción entre la esclerosis en placas y la encéfalomielitis diseminada y la neuromielitis óptica. Para resolver el problema propone la designación de encéfalomielitis diseminada para todas las afecciones destructivas de las vainas periaxonales que medran en torno de los vasos y se dispersan en la medula espinal y encéfalo (Fleck Entmarkungen) exteriorizándose, por consiguiente, con una sintomatología encéfalo-mielítica difusa, la cual se muestra típica a consecuencia de la variola, del sarampión y de las infecciones gripales. Mencionó a Pette, que se inclina a ver parentesco entre la esclerosis múltiple y la encéfalomielitis diseminada. Cita que Gagel, Kramer y Schlessinger han descrito casos de encéfalomielitis que tanto clínica como anatómicamente parecían ser de esclerosis en placas. Pero en seguida agrega que Spielmeyer ha dicho que los procesos anatómicos no están llamados a dar el juicio etiológico. Los gérmenes de algunos procesos encefalíticos son bien conocidos. De esta opinión participan también Waltag y Brauer. En algunos ancianos hay casos de siringomielosis con formación de focos perivasculares y necrosis.

Pasa luego a considerar el papel de la herencia y termina aceptando la opinión de Curtius (que ha observado en 400 pares de mellizos) cuya conclusión es que la enfermedad no se hereda. Pero agrega que se debe contar con que el organismo predispuesto solamente recae en ella.

En la búsqueda de causas para explicarse el fenómeno de la destrucción de la mielina llega al hecho de que los pacientes de esclerosis múltiple ofercen aumento de los fermentos que provocan la destrucción de los ésteres, de los lípidos y de las grasas. También ha hallado los mismos fermentos en la orina de tales pacientes, lo cual no sucede normalmente. De ahí el fundamento etiológico de la terapéutica por la quinina, que inhibe la actividad de los fermentos.

Los fosfátidos y ésteres de los ácidos grasos están aumentados en el liquido céfalo-raquídeo de los pacientes de esclerosis múltiple La fosfatasa tiene como valor medio 2% en las personas normales y está aumentada en la sangre de los escleróticos en placas, los cuales sufren disminución de la misma luego de haber sido sometidos a un régimen de alimentación vegetariano de comida cruda durante un tiempo. Todas estas experiencias sugieren a Schaltenbrand pensar en un fermento, quizá emanado or un virus, que ataca y destruye la mielina. Ve también sugerentes combinaciones en algunos pacientes de esclerosis en placas entre las alteraciones sanguíneas y el proceso de desmielinización de los ci-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lindroejes. De este grupo de teorías pasa a disertar no menos largamente sobre la posibilidad de que el proceso sea alérgico concretado a los tejidos ectodérmicos, con lo cual se relaciona la esclerosis en placas con enfermedades cutáneas.

Termina Schaltenbrand ocupándose de la terapéutica en la cual distingue: 1º reposo, 2º vitaminas, 3º salicilatos y quinina y 4º mercurio y yodo, sin ofrecer ninguna innovación notable.

Thums, que ha trabajado con 370 pares de hermanos gemelos, llega a las mismas conclusiones que Curtius, aplicando el triángulo de Luxenburger.

Comenzó Martini diciendo que la hipótesis de Laignel-Lavastine para la terapéutica de la esclerosis en placas es interesante y que le está muy agradecido por el esmero con que le ha comunicado sus ideas y la técnica de su procedimiento para tratar la esclerosis múltiple. Agregó en seguida que él no participa actualmente por completo de las ideas en torno del tratamiento de la esclerosis múltiple. Martini no encuentra acción específica en el suero de los conejos activados contra la esclerosis en placas : 1º porque ha logrado los mismos efectos con suero de conejos sanos o sea de conejos que nunca han sido activados contra la esclerosis múltiple, 2º porque no ha logrado ver las reacciones cutáneas que describen los autores franceses, y 3º porque encuentra más bien acción hemolítica a cuya influencia se deben las etapas de mejoría y los casos letales que ha podido observar. Martini se pone de acuerdo con Pinacheti que considera es el efecto estimulante del suero lo que provoca la mejoría (Reiztherapie). El orador dedica unos momentos a la descripción de la técnica del tratamiento y comienza con la crítica del mismo : hay casos de mejoría impresionante y que entusiasman en un primer momento, pero a medida que trascurre el tiempo se ve que los enfermos pierden lo ganado. Martini ha trabajado con un material de 45 enfermos de los cuales 12 tenían menos de un año de enfermedad, 26 entre uno y dos años y 7 más de dos años. En ninguno de sus pacientes ha podido observar remisión completa; en 5 pudo observar mejoría pasajera que después de un tiempo desapareció y el estado los pacientes empeoró. Llama la atención la euforia de los pacientes después de las inyecciones, sobre todo cuando tienen fiebre. Hace notar que seguramente debido a la acción irritativa del suero se dan casos de empeoramiento. Hace notar asimismo que la esclerosis en placas tiene como carácter genuino su intermitencia y que a veces, debido a esta particularidad de la enfermedad, se puede creer en efectos terapéuticos. Por último, Martini critica las publicaciones que se han hecho sobre este tema, deteniéndose en Bowelli (de Budapest) y en Koressios. Dice que el último, no obstante su abundante material (188 pacientes), no ha observado lo suficiente: los casos de remisión completa, según las publicaciones, no han sido observados por mucho tiempo; los 150 pacientes que denomina Koressios mejorados, forman un grupo muy heterogéneo en el cual no se ha explorado (Funktionsprüfung) si la mejoría es orgánica o subjetiva.

Discusión: Kopp (de Colonia) expuso haber ensayado el método Laignel-Lavastine en 25 pacientes, de los cuales 12 han sido tratados un tiempo suficientemente largo y entre éstos un paciente ha dado excelentes resultados; otro, casi tan buenos como el anterior; 2 han mejorado bastante pero pasajeramente, uno ligera mejoría pero pasajera; 3 han terminado tornándose paralíticos; uno murió y por último hubo un deceso al parecer a consecuencia del suero. De allí

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dedujo que hay contraindicación para la terapéutica en los casos de espasmos acentuados y de parálisis. En cambio, parecen propicios para el tratamiento los casos en que el paciente sólo ha sufrido una crisis.

Wolf (de Wutsburgo) ha hecho análogas experiencias en 40 enfermos y usa además el suero para aclarar el diagnóstico de la esclerosis en placas.

Voss (el viejo, de Düsseldorf) ha usado el mismo suero en dosis de 0.5 a 4.0 en 22 casos, de los cuales 12 han experimentado mejoría, varios han mejorado ligeramente, 2 han sanado después de que con otros métodos no tenían expectativas y en 3 hubo de interrumpir el tratamiento.

Pete dijo que a base de las experiencias que se han hecho en Alemania debe recomendarse que no se siga usando el método de Laignel-Lavstine en el tratamiento de la esclerosis en placas en Alemania.

Al finalizar la discusión Martini hizo hincapié en que se pierde el optimismo a medida que se prolonga el tiempo de observación de los pacientes en tratamiento, según el método de Laignel-Lavastine.

Entre las conferencias con tema libre, ha de tener interés entre nosotros la Küppers (de Illenau), que consiste en un tratamiento combinado de shock insulínico-cardiazólico para la depresión endógena. Pasó revisión de los 147 casos de esta psicosis que conoce por la literatura y cree haber superado los resultados, 1º porque acorta el tiempo de tratamiento de 80 días a 35 y 2º porque ha obtenido más de 90% de remisiones completas. Küppers sume a sus pacientes por medio de la insulina en el estado precomatoso o en el comatoso y a las 4 horas de la inyección insulínica aplica el Cardiazol a dosis convulsiva. En esta forma sólo bastan de dos a ocho accesos para alcanzar remisión de los pacientes. Hasta la fecha ha ensayado su método en 25 pacientes.

L. A. GUERRA.

CLINICA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Ha entrado en pleno funcionamiento la Clínica Psiquiátrica que dirigen los distinguidos y bien reputados médicos especialistas en enfermedades nerviosas y mentales, Doctores Honorio Delgado, J. Oscar Trelles y Fernando Figari. El local en que funciona esa Clínica, en San Miguel, está dotado de todos los elementos que actualmente se estima necesario para prestar buena atención a los enfermos mentales y del sistema nervioso. Es de relievar que en esta nueva Clínica los Directores han hecho presente : "que se puede hacer la asistencia y el tratamiento científico a todos los pacientes, cualquiera que sea su estado o la fase de evolución de la enfermedad, y de modo especial a las personas que necesitan descanso como cura de reposo y aislamiento". Hacen notar que la atención médica, neurológica y psiquiátrica se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

orienta en cada enfermo según sus particularidades personales. Los pacientes tendrán supervigilancia médica en todo momento. Para ello viven en la Clínica uno de sus Directores, el Dr. Fernando Figari, y un médico.

Además presta sus servicios a los enfermos de la Clínica que necesitan atención quirúrgica el cirujano Dr. Jorge Morrison. Se señala por los Directores que la Clínica cuenta con personal especializados y con los medios técnicos requeridos para los tratamientos más modernos de las enfermedades nerviosas y mentales, así como de las toxicomanías, y que la Clínica ofrece todas las comodidades y confort de la vida moderna.

Actualidad Médica Peruana considera que el funcionamiento de la Clínica dirigida por tan prestigiados especialistas y tan bien dotada ha venido a llenar una necesidad respecto a la atención de enfermos mentales y del sistema nervioso.

(De **Actualidad Médica Peruana,** Enero de 1939).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

T.II.NO 2.Junio. 1939
REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

FECHA	ENTREGADO

ECONOMIA DE LA REVISTA

Precio del número en Lima	S/.	2.50
En provincias	„	3.00
Suscripción anual en Lima	„	10.00
Suscripción anual en provincias	„	12.00

Lugar de venta en Lima:

IMPRENTA GIL, S. A. — JUNIN No. 459

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Empresa Periodística S. A.--LA PRENSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera